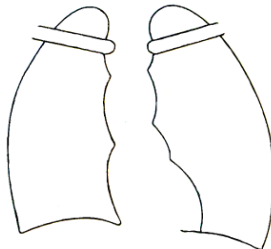


入居時健康診断書

フリガナ					生年月日	年	月	日生(歳)	
氏名	様			男女						
住所										
既往歴 現病歴					処方内容					
認知症	病名： [所見] <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()									
感染症	MRSA	有・無	HBs抗原	有・無	結核	有・無	その他		有・無	
	梅毒	有・無	HCV抗体	有・無	疥癬	有・無	()			
皮膚疾患	有・無	有りの場合… <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> その他()					
身長	cm	体重	kg		血液検査	白血球数	個/mm ³	腎機能	尿酸	mg/dl
血圧	/	mmHg	脈	分		赤血球数	万個/mm ³	クレアチニン	mg/dl	
視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり					ヘモグロビン	g/dl	栄養	血清アルブミン値	g/dl
聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり					ヘマトクリット	mg/dl	血糖	空腹時血糖	mg/dl
胸部 X-P 所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 					肝機能	GOT (AST)	U/l	尿検査	蛋白
	(年 月 日)				GPT (ALT)		U/l	糖		
					γ-GTP		U/l	※血液検査に関しましては、検査結果の添付でも可能です。		
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (年 月 日)				脂質	HDLコレステロール	mg/dl			
						LDLコレステロール	mg/dl			
						中性脂肪	mg/dl			

診断の結果、本書の通り相違ないことを証明します。

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師

印

診断日

年 月 日

(株)リビングプラットフォーム ライブラリ

*なお、本診断書は3ヶ月以内に基づく。

*感染症状がある場合は、入居をお待ちいただく場合がありますので、予めご了承ください。