

健康診断書

上越老人福祉協会 軽費・ケアハウス用

上越老人福祉協会

氏名		男・女	生年月日	年	月	日
住所						
既往歴						
現在治療中の病名と経過						
服薬状況(治療薬)						
体温	℃	体重	Kg	血压	～	脈 (正常・不整)
二次疾患の有無	精神疾患の既往 (有・無)	結核性疾患 (有・無)	MRSA (有・無)	伝染性皮膚疾患 (有・無)	肝炎 (有・無)	性病 (有・無)
身体状態			精神状態			
聴力	正常・難聴 (右・左)	攻撃的行為	他人に暴力	無・有		
	その他 ()		乱暴な振る舞い	無・有		
言語	会話可能・不明瞭・否	自傷行為	自殺を図る	無・有		
四肢麻痺	無・有 (部位)		自分の体を傷つける	無・有		
排便状態	/w 状態 ()	その他	うつ傾向	無・有		
	下剤 (有・無)		認知症	無・有		
排尿状態	正常・頻回・困難・尿閉・失禁		知的障害	無・有		
睡眠状態	普通・不眠 (眠剤 有・無)	日常動作	歩行	可・つたう・這う・不可 (杖・シルバーカー・車椅子)		
			食事	可・一部介助・全介助		
			排泄	可・PWC・オムツ (昼・夜)		
皮膚疾患	無・有 ()	食事制限	無・有			
アレルギー	無・有		1 日 (kcal)			
	薬品 ()		禁止食 ()			
	食品 ()	水分 (ℓ/日 (食事外・食事内))				
	その他 ()	その他(塩分等) ()				

平成 年 月 日

医療機関名 (住所) _____

医師氏名 _____ 印