

## 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	血圧	～	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 ( ) 下剤 (有・無 )	その他	うつ傾向	無・有		
			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) ( )				

令和 年 月 日

医療機関名 (住所) \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印