

健康診断書（通所介護用）

（下記項目すべてに記入お願いいたします）

フリガナ				男	生 年 月 日		
氏 名				女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 （ 歳）		
住 所	〒 ー 大阪市 区						
TEL	() ー						
身 長				cm	胸部レントゲン所見（直接撮影：平成 年 月 日） 		
体 重				kg			
血 圧	収縮期血圧			mmHg			
	拡張期血圧			mmHg			
検 尿	潜血		糖				
	蛋白		ウロビリ ノーゲン				
感染症	HBs抗原検査			MRSA			
	HCV抗体検査			結 核			
	※ 現在わかる範囲の記入で結構です。						
既往歴							
現病歴							
投薬内容							
認知症	認知症高齢者日常生活自立度判定基準			I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
	長谷川式スケール		点	その他の認知症診断 ()			
通所介護 利用の可否	可 ・ 否		サービス利用 にあたっての 留意点				
現時点におけるサービス利用にあたっての診断は、上記の通りです。 平成 年 月 日 住所 _____ Tel () ー _____ 医療機関名 _____ 医師 _____							