

# 健康診断書

|     |              |      |                           |    |     |
|-----|--------------|------|---------------------------|----|-----|
| 氏名  |              | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )         | 性別 | 男・女 |
| 住所  |              |      |                           | 電話 |     |
| 介護度 | 支援・1・2・3・4・5 | 有効期間 | 令和 年 月 日<br>~<br>令和 年 月 日 |    |     |

|      |                |                |      |  |
|------|----------------|----------------|------|--|
| 病名   |                |                | 合併症  |  |
| 既往歴  |                |                |      |  |
| 受療状況 | 通院 (不定期・定期月 回) | 往診 (不定期・定期月 回) | 受診なし |  |
| 投薬   | 有・無            | 処方内容           |      |  |

|      |     |              |              |             |
|------|-----|--------------|--------------|-------------|
| 現症   |     |              |              |             |
| 麻痺   | 有・無 | 上肢 ( 右 ・ 左 ) | 下肢 ( 右 ・ 左 ) |             |
| 関節硬直 | 有・無 | 部位 ( )       |              |             |
| 疼痛   | 有・無 | 部位 ( )       |              |             |
| 排尿状態 | 正常  | 頻尿           | 失禁           | 排便状態 規則 不規則 |
| 精神状態 | 正常  | やや弛緩         | かなり弛緩        | 異常(疑いを含む)   |
| 褥瘡   | 有・無 | 部位 ( )       | 大きさ ( )      | 数 ( )       |

## 検査

|       |          |                  |                           |       |
|-------|----------|------------------|---------------------------|-------|
| 胸部所見  | 年 月 日 撮影 | 心電図所見            |                           |       |
|       |          | 異常あり ( )<br>異常なし |                           |       |
|       |          | 血液型              | 型 Rh ( + ・ - )            |       |
|       |          | 尿検査              | 蛋白 ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( ) |       |
| 伝染性疾患 | 梅毒血清反応   | + ・ - 方法 ( )     |                           |       |
|       | HBs抗原    | + ・ -            | HCV抗体                     | + ・ - |
|       | M R S A  | + ・ - 検出箇所 ( )   |                           |       |
|       | 疥癬       | + ・ - 部位 ( )     |                           |       |

## 一般診査

|                                       |             |           |            |          |
|---------------------------------------|-------------|-----------|------------|----------|
| 診察所見                                  |             |           |            |          |
| 栄養状態                                  | 良 ・ 中 ・ 不良  | 浮腫        | 有・無 部位 ( ) |          |
| 身長                                    | cm          |           | 体重         | kg       |
| 血圧                                    | ~           |           | 脈拍         | 不整 (有・無) |
| 特別な医療                                 | 経管栄養(鼻腔・胃瘻) | 尿管カテーテル   | ストーマ ( )   |          |
|                                       | 気管カニューレ     | 心臓ペースメーカー | 在宅酸素療法     |          |
|                                       | その他 ( )     |           |            |          |
| 医師の所見 (施設・在宅サービス利用の適格性についても、ご記入ください。) |             |           |            |          |
| 上記のとおり診断いたします。                        |             |           |            |          |
|                                       | 令和 年 月 日    | 医療機関名     |            |          |
|                                       |             | 医師名       |            |          |