

【入所】

健康診断書

(介護老人保健施設 飯能リハビリ館)

氏名			男・女	明治・大正・昭和	年	月	日生(歳)
病名及び経過状況								
既往歴／発症年月								
①	年	月	⑥	年	月			
②	年	月	⑦	年	月			
③	年	月	⑧	年	月			
④	年	月	⑨	年	月			
⑤	年	月	⑩	年	月			
処方内容								
※ 施設入所後、施設医師が経過状態をみて処方調整 可 ・ 不可								
肺炎球菌ワクチン接種 済 (年 月 日) ・ 未接種								
コロナウイルスワクチン接種 済 (回 直近接種日 年 月 日) ・ 未接種								
褥瘡(あり・なし)・処置内容			疥癬(あり・なし)・処置内容			その他皮膚疾患 (あり・なし) 処置内容		
日常生活自立度(認知症判定) (年 月頃 発症)				正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M (長谷川式評価 /30点 評価日:)				
周辺症状 : 徘徊 (あり・なし) 状況: 暴力行為 (あり・なし) その他 (あり・なし)						直近の転倒歴 有 ・ 無 年 月 日		
ワ氏反応	- ・ +	WBC		ALB		BUN		
HBs 抗原	- ・ +	RBC		T・P		Cr		
HCV 抗体	- ・ +	Hb		AST		Na		
MRSA	- ・ +	Ht		ALT		K		
		PLT				Cl		
疾患別 項目	脂質異常症	TG		HDL		LDL		
	糖尿病	HbA1c		BS	(食前・食後 h)			
食事制限 なし あり ワーファリン内服者(PT-INR:)				胸部X-P(結核等) 異常なし・異常あり		心電図 異常なし・異常あり		
検尿 蛋白() 糖() 潜血()								
身長		cm	体重		kg	血圧		mmHg

医療機関名・住所

令和 年 月 日 上記の通り診断します。

医師名