

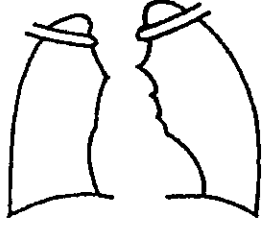
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		生年月日	明治・大正・昭和
		年	月 日 (歳)
住所	TEL		

病名	既往歴
症状経過	処方内容

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)			
検査所見【検査日 年 月 日】 胸部レントゲン【検査日 年 月 日】			
尿	蛋白質 ー 士 +	所見  異常あり・異状なし	
	糖 ー 士 +		
	潜血 ー 士 +		
感染症	H B s 抗原精密 ー +		
	H C V 抗体 ー +		
	疥癬 無・有 部位()		
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有 ()	結核の既往	無・有 (歳)
アレルギー(食物・薬)	無・有 ()	視力障害	無・有 ()
麻痺	無・有 ()	聴力障害	無・有 ()
拘縮	無・有 ()	言語障害	無・有 ()
特記事項			

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名:

所在地 :

医師氏名 :

以下の疾患があり、下記項目の検査データがお手元にある場合は、記入をお願い致します。
 心疾患、高血圧があり心電図のデータがあればコピーを添付してください。

肝疾患	GOT	
	GPT	
	LDH	
	総ビリルビン	
腎疾患	クレアチニン	
	尿素窒素	
	Na(ナトリウム)	
	K(カリウム)	
	Cl(クロール)	
貧血	赤血球数	
	ヘモグロビン	
	血症板数	
	MCV	
感染症後	CRP	
	白血球数	
糖尿病	血糖	食後 時間
	グリコヘモグロビンA _{1c}	

日常生活動作（ADL）調査票

【横浜市介護老人保健施設共通様式】

令和 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様
 (続柄・職種)
 (施設・病院名)

項目	レベル			内 容	備 考
	自立	一部介助	全介助		
食 事	自立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療・禁止食() 使用具(箸・スプーン・その他『 』)	
移 動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移 乗	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	一部介助	全介助		
寝 返 り	自立	一部介助	全介助		
排 泄	日 中 自立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜 間 自立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーンカテーテル ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿 意(有・無) 便 意(有・無)	
入 浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
更 衣	上 衣 自立	一部介助	全介助		
	下 衣 自立	一部介助	全介助		

意思疎通	普通 ・ 困難 (具体的な様子 :)
視力障害	無 ・ 有 (具体的な様子 :)
聴力障害	無 ・ 有 (具体的な様子 :)
認知症状	無 ・ 有 (具体的な様子 :)

行 動	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声・ 奇声	妄想・ 幻覚	暴力・ 暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	異 食	盗 食	収集 行為
	具体的な様子と頻度											

[その他に何かございましたらご記入ください。]