

入居用

健康診断書

施設名

カノン三鷹

フリガナ		男・女		(大・昭)		年		月		日			
受診者氏名												歳	
フリガナ								〒				電話番号	
受診者住所													
要介護度				既往歴		[1]				歳			
主病名		(発生年月日)				[2]				歳			
						[3]				歳			
障害の有無		視力障害：無・有 聴力障害：無・有 言語障害：無・有 嚙下障害：無・有 関節拘縮：無・有 麻痺：無・有 (左・右・上肢・下肢)				身体状態 身長 (cm) 体重 (kg) 血圧 (/) アレルギー：無・有 褥瘡：無・有 皮膚疾患：無・有 医療装具：無・有							
認知症		有・無		徘徊・大声・暴言・暴力行為 その他 ()				<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル その他 ()					
検査所見		尿蛋白 () ・ 糖 ()				胸部X線所見 年 月 日							
		白血球											
		H b											
		総蛋白											
		コレステロール											
		G O T											
		G P T											
		クレアチニン											
血糖				心電図所見									
COVID-19													
皮膚疥癬													
M R S A													
HBS抗原													
HCV抗体													
TPHA法													
現時点での有料老人ホームにおける入居・通所サービスの利用にあたって、特に問題がない事を認めます。													
医療機関住所								令和 年 月 日					
電話番号													
名称								医師名					