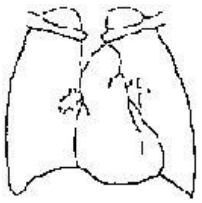
グループホーム入居に関する健康診断書

<table>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">M・T・S
年　月　日生</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="7">TEL</td></tr>
<tr><td colspan="2">身長</td><td>cm</td><td>体重</td><td>Kg</td><td>血圧
脈拍</td><td colspan="3">／　mmHg，P　（整・不整）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">検査結果</td><td>胸部 X－P</td><td colspan="7">所見
 
撮影　年　月　日</td></tr>
<tr><td>血液検査</td><td>HBS</td><td>HCV</td><td>血色素</td><td>梅毒</td><td colspan="2">血液型（RH）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">伝染性疾患</td><td>MRSA</td><td>疥癬</td><td>結核</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">（病名・排菌等）　有　・　無</td></tr>
<tr><td>尿一般</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">認知症について</td><td>診断
（種類）</td><td colspan="6">有　・　無
□ アルツハイマー型認知症　□ 脳血管性認知症
□ レビー小体型認知症　□ 前頭側頭型認知症
□ その他（　　）　□ 不明</td></tr>
<tr><td>周辺症状</td><td colspan="6">□徘徊　□不穏　□妄想　□幻覚　□せん妄　□睡眠障害
□暴言・暴行　□興奮　□抑うつ　□介護抵抗　□異食</td></tr>
<tr><td colspan="2">既往歴</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">現在の疾病</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">治療経過等</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">使用中薬剤名
（内服薬・注射等）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">集団生活の適否</td><td colspan="6">適応　・　非適応</td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。

平成　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印