

健康診断書

※わかる範囲でご記入ください

(介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

氏名 _____ (男・女) M・T・S 年 月 日生 (歳)

住所 _____ Tel _____

○ 診断名及び発症年月日

1. _____ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

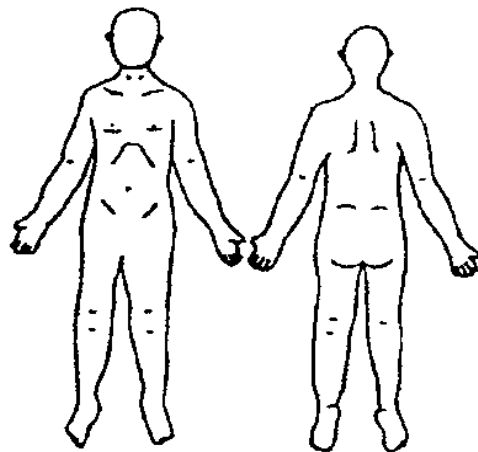
3. _____ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

○ 経過及び治療内容・特に気をつけなければいけないこと

○ 身体の状態

- ・四肢欠損
- ・麻痺
- ・筋力の低下
- ・褥瘡
- ・その他皮膚疾患
- ・関節の拘縮
- ・失調・不随意運動

- ・難聴： 有 ・ 無
- ・視力： 良 ・ 不良
- ・特記すべきアレルギー
有 ・ 無



○ 介護サービスにおける医学的観点からの留意事項

- ・血圧について 特になし あり ()
- ・嚥下について 特になし あり ()
- ・摂食について 特になし あり ()
- ・移動について 特になし あり ()
- ・その他特記事項 ()

