

## 健 康 診 断 書

(老人ホーム入所用)

|     |  |                       |             |
|-----|--|-----------------------|-------------|
| 住 所 |  |                       |             |
| 氏 名 |  | 明<br>大 年 月 日( 歳)<br>昭 | 男<br>・<br>女 |

|        |            |           |  |
|--------|------------|-----------|--|
| 既往症    |            |           |  |
| 現<br>症 | (傷病名・病状経過) |           |  |
|        | 皮膚<br>疾患   | (褥瘡その他)   |  |
|        | 精神<br>障害   | (認知症の状態等) |  |

|                      |                             |      |   |
|----------------------|-----------------------------|------|---|
| 血液型                  |                             | 血圧測定 | ～ |
| 検 尿                  | 蛋 白 ( - 、 ± 、 + 、 ・ )       |      |   |
|                      | 糖 ( - 、 ± 、 + 、 ・ )         |      |   |
|                      | ウロビリノーゲン ( - 、 正常 、 + 、 ・ ) |      |   |
| E K G 所 見            |                             |      |   |
| 胸 部 X 線 結<br>核 性 所 見 |                             |      |   |
| H B s 抗 原            |                             |      |   |
| ワ 氏 反 応              | ①緒方法 ②ガラス板法 ③凝集法 ④TPHA法     |      |   |
| その他の伝染性<br>疾患の有無     |                             |      |   |

|                       |                            |           |           |       |
|-----------------------|----------------------------|-----------|-----------|-------|
| 医<br>師<br>の<br>所<br>見 | 入 院 要 ・ 否                  | 通 院 要 ・ 否 | 伝 染 の 恐 れ | 有 ・ 無 |
|                       | (老人ホーム入所の適格性について記入してください。) |           |           |       |

上記のとおり診断いたします。

(46-062)

年 月 日

医療機関名

医師氏名

(注 意)

- 1 この診断書は老人ホーム入所に要する診断書です。
- 2 褥瘡についてはその部位、数、大きさ等について記入してください。
- 3 精神障害については認知症(徘徊等の問題行動)の程度及びその他の精神疾患を記入してください。
- 4 血液型はABO式でお願いします。
- 5 EKG所見については心疾患のある場合についてのみ記入してください。
- 6 胸部X線所見に異常のある場合は断層写真による診断もお願いします。
- 7 HBs抗原G“+”の場合はHBe抗原等の検査による所見もお願いします。
- 8 ワ氏反応についてはその検査数値も記入してください。
- 9 伝染性疾患を有する場合は集団生活における伝染の恐れの有無についての所見をお願いします。