

入所時健康診断書

ケアハウスくつろぎの里 043-462-2941

氏名	(男 ・ 女)			
住所				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日	
身長	cm	体重	kg	
血液型	A ・ B ・ O ・ AB	(RH	+ ・ -)	
既往歴				
現症				
治療				
胸部 X線所見	(年 月 日撮影)	心電図		
血圧	/	栄養状態	良 ・ 中 ・ 不良	
尿検査	蛋白 ()	糖 ()	潜血 () ウロビリノーゲン ()	
伝染性疾患	検査項目	結果	＋の場合は感染力の有無	その他
	結核	＋ -	有 ・ 無	
	肝炎 (Hc v)	＋ -	有 ・ 無	
	疥癬	＋ -	有 ・ 無	
	MRSA (長期入院と手術を施行した方において要検査)	++ + -	有 ・ 無 ・ 不明	
	その他の伝染性疾患			
精神状態	認知症・精神病・慢性中毒・問題行動など			
医師の所見	(老人ホーム入所適否： 適 ・ 否)			
診察年月日	平成	年	月 日	
診察医師	医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師氏名			

Ⓜ