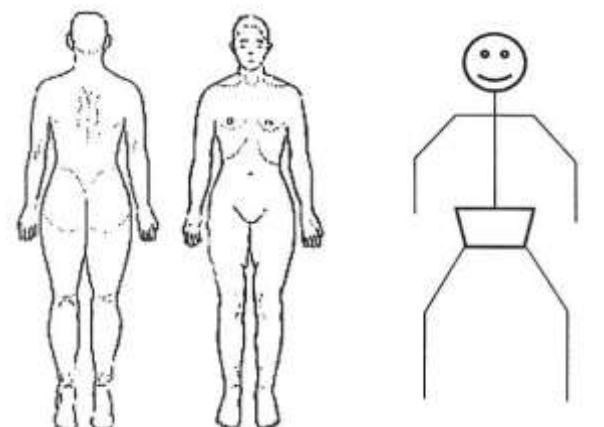
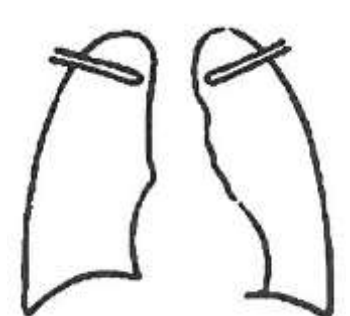


## グループホーム 薬師のさと 入居時健康診断書(所定様式)

(ふりがな) ( )	男 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生：満 歳 介護度(支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5)
氏名			
現住所 〒 - TEL ( ) -			
主病名・現病歴 (可能であれば前医紹介状のコピー添付をお願いします)			
既往歴・発症年月日			
認知度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
薬剤アレルギー・食物アレルギー 有(詳細: )・無			
※感染症 : HBs抗原(+・-) HCV抗体(+・-)		※血液型 : ABO式 ( )型 Rh ( )	
身長	cm	血液検査	Cr ( )mg/dl K ( ) mEq/l
体重	kg		Hb ( ) g/dl Alb ( ) g/dl

※検査結果のコピー添付をお願いします。(感染症検査のコピーがあればお願いします。)

<p>※身体所見 ①麻痺 ②拘縮 ③褥瘡 ④皮膚トラブル 等、図示</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>手術創、胃瘻形成などの記入もお願いします</p>	<p>胸部X線・CT等 検査所見</p> <p><input type="checkbox"/> 異常所見なし <input type="checkbox"/> 異常所見あり</p> <p>詳細・図示 :</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><input type="checkbox"/> 肺尖部石灰化 <input type="checkbox"/> 胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 異常陰影 <input type="checkbox"/> 石灰化</p> <p style="text-align: right;">撮影年月日 : 年 月 日</p>
--	---

※使用薬剤は、処方箋もしくはお薬ノートのコピーをお願いします。

※現在の状況 : 在宅療養中・施設入所中 および 入院中 (入院日 年 月 日)	
診断の結果、本書の通り相違ないことを証明します。	
医療機関名・診療科 :	
医療機関所在地 :	
TEL / FAX :	
医師名 :	印 診断日 年 月 日

なお、本診断書は発行から3ヶ月以内を有効期間とする