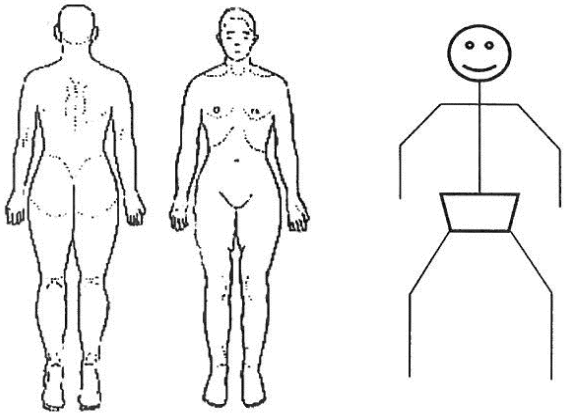
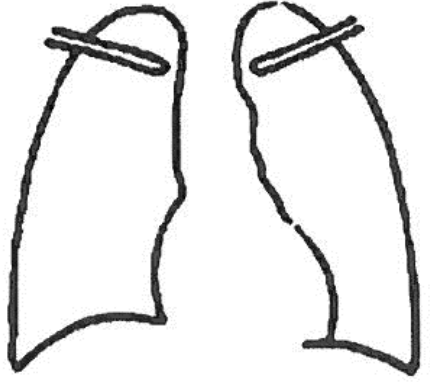


社会福祉法人 三翠会グループ 入居時健康診断書(所定様式)

(ふりがな)			生年月日	大正・昭和 年 月 日生：満 歳	
氏名	男・女	要介護度		自立・未認定・申請中・要支援(1、2) 要介護度(1、2、3、4、5)	
		現住所		〒 - TEL () -	
主病名 既往歴	※主病・現病歴がない場合は「無し」と記入してください。また、可能であれば前医紹介状のコピー添付をお願いします。				
現病歴 年月日	※使用薬剤は、薬品情報もしくはお薬手帳のコピー添付をお願いします。				
認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	自立度	自立・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。また、感染症検査結果表のコピーがあればこちらもコピー添付をお願いします。					
○身体所見 ①麻痺 ②拘縮 ③褥瘡 ④皮膚トラブル 等、図示		○胸部X線・CT等 検査所見			
		<input type="checkbox"/> 異常所見なし <input type="checkbox"/> 異常所見あり 詳細・図示： 			
◆手術創、胃瘻形成などの記入もお願いします。		<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 撮影年月日： 年 月 日			
◆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。「なお、記載内容は3ヶ月以内の診断に基づく」					
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			

本診断書は発行から3ヶ月以内を有効期間とする。

※他施設、他病院情報提供書等がございましたらコピー添付をお願いします。