

サンヒルズ八景 1 番館 入居健康診断書（所定様式）

(ふりがな) () 氏 名	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和
		介護度↓	年 月 日生：年齢：満 歳
		要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5 自立 未 申請中	

現住所 〒 _____

☎ () _____

※主病名・現病歴 ※(なしの場合は「無し」と記入してください)(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

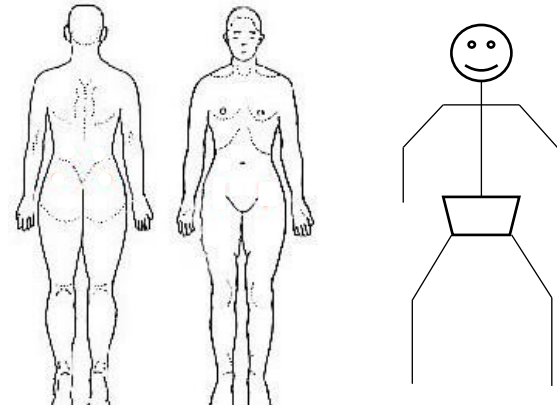
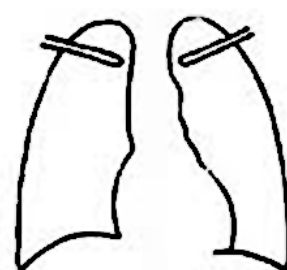
認知度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
-----	--------------------------	-----	-------------------------

薬剤アレルギー・食物アレルギー 有・無 有の場合 詳細 ()

※感染症：HBs 抗原(+・-) HCV 抗体(+・-) ※血液型：ABO 式 () 型 Rh ()

身体	身長	cm	血液	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</p> <p>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 線所見・CT 等情報提供願います。(検査所見)</p> <p><input type="checkbox"/> 異常所見なし</p> <p><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>撮影年月日： 年 月 日</p>
---	--

◆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。

※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 記載

※ なお、本診断書は3ヶ月以内に基づく(他施設・他病院情報提供書等ございましたら添付願います)

検査結果、処方箋等貼付