

健康診断書

社会福祉法人 日本失明者協会
養護盲老人ホームひとみ園
園長 茂木 幹央 殿

令和 年 月 日

医療機関 所在地

名称

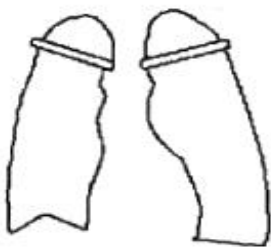
医師氏名

印

氏名	様 男・女
住所	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 満(歳)

紹介目的	
診断名	
既往歴	食物アレルギー () 薬物アレルギー ()
現病歴・現症	
現在の処方	

裏面に続きます

身体等状況	身長・体重	cm		kg			
	麻痺	無し	有り (右 左 上肢 下肢)				
	視力	普通	弱視	全盲			
	聴力	普通	やや難聴	難聴			
	言葉	普通	少し不自由	不自由			
	褥瘡	無し	有り (部位	程度)			
	排泄	自立	一部介助	全介助	おむつ (要・不要)		
		バルーンカテーテル使用 (Fr	/ 最終交換)		
	嚥下	普通	やや困難	困難			
	認知症	無し	有り (軽度・中度・高度・非常に高度)				
歩行	独歩	杖 (T字) 歩行	歩行器	車椅子 (自走 可・不可)			
食事制限							
検査所見	検査項目	実施日	所見				
	感染症	年 月 日	皮膚感染性疾患 (+・-) 梅毒 (+・-)				
			HBs 抗原 (+・-) HCV 抗体 (+・-) HIV (+・-)				
			他の利用者への感染の可能性 あり・なし				
	胸部 X-P	年 月 日			異常なし		
					異常あり		
					要医療		
					要注意		
	結核関係特記事項						
	尿検査	年 月 日	蛋白 () 糖 () 潜血 ()				
	血圧	年 月 日	～ mmHg				
	消化器系特記事項						
	心電図	年 月 日					
	循環器系特記事項						
血液検査	年 月 日						
赤血球数	白血球数	H b	H t	血小板数	総蛋白	GOT	GPT
BUN	クレアチン	Na	K	Cl	CRP	血糖	アルブミン
総合所見	団体生活における支障の有無		有	無			
ワクチン	コロナワクチン () 回接種済み 最終接種日 令和 () 年 () 月 () 日						

※検査項目には、過去3ヶ月以内のものを御記入下さい。