

健康診断書

※全項目の検査・記入をお願いいたします

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------|---------------|----|----|
| 患者氏名 | | 生年月日 明・大・昭 | 年 月 日 () () | 性別 | 年齢 |
| 傷病名既往歴 | | 症状・経過 留意点 | | | |
| 認知症の状況 | 認知症の有無:(あり なし) | | | | |
| | 認知症の種類: | | | | |
| | 認知症が始まった時期: | | | | |
| | 主な症状: | | | | |
| | 精神症状の有無(徘徊、不潔行為、不穏興奮、幻覚、暴力、暴言、摂食異常など) | | | | |
| | <認知症高齢者の日常生活自立度> 認知症なし・I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M | | | | |
| | <障がい高齢者の日常生活自立度>障がいなし・J・A・B・C | | | | |
| <HDS-R実施の有無> なし あり⇒(点:平成 年 月 実施) | | | | | |
| 定期処方 | | 臨時処方 | | | |
| 生活上の 留意点 | <アレルギーの有無> なし あり⇒() | | | | |
| | <食事制限の有無> なし あり⇒() | | | | |
| | | | | | |

検査所見

| | | | | | |
|-----|----|--------|-------|-----------|--|
| 身長 | cm | 尿検査 | 胸部X-P | 感染症 | |
| | | 蛋白 () | | 梅毒 () | |
| 体重 | | 糖 () | | MRSA () | |
| | kg | 潜血 () | | HCV抗体 () | |
| 心電図 | | | 所見: | HBs抗原 () | |
| | | | | 疥癬 () | |
| | | | | 褥瘡 () | |

上記の通り診断いたしました

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

(印)