



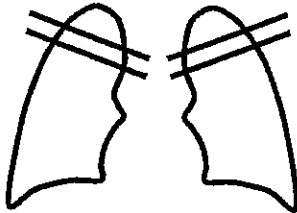
# 健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づき検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)
住所	TEL	

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)																															
検査所見 【検査日 年 月 日】	胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; padding: 5px;">尿</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">蛋白質</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">-</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">±</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">+</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">糖</td> <td style="padding: 5px;">-</td> <td style="padding: 5px;">±</td> <td style="padding: 5px;">+</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">潜血</td> <td style="padding: 5px;">-</td> <td style="padding: 5px;">±</td> <td style="padding: 5px;">+</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">感染症</td> <td style="padding: 5px;">HBs</td> <td colspan="3" style="padding: 5px;">抗原精密</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">HCV</td> <td colspan="3" style="padding: 5px;">抗体</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">疥癬</td> <td colspan="3" style="padding: 5px;">- + 部位( )</td> </tr> </table>	尿	蛋白質	-	±	+		糖	-	±	+		潜血	-	±	+	感染症	HBs	抗原精密				HCV	抗体				疥癬	- + 部位( )			所見  異常あり・異常なし
尿	蛋白質	-	±	+																											
	糖	-	±	+																											
	潜血	-	±	+																											
感染症	HBs	抗原精密																													
	HCV	抗体																													
	疥癬	- + 部位( )																													
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有( )	結核の既往	無・有 ( 歳 )																												
アレルギー(食物・薬)	無・有( )	視力障害	無・有( )																												
麻痺	無・有( )	聴力障害	無・有( )																												
拘縮	無・有( )	言語障害	無・有( )																												
特記事項																															

上記のとおり、診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
所在地  
医師氏名

印

以下の疾患があり、下記項目の検査データがお手元にある場合は、記入をお願い致します。  
 心疾患、高血圧があり心電図のデータがあればコピーを添付してください。

肝疾患	GOT	
	GPT	
	LDH	
	総ビリルビン	
腎疾患	クレアチニン	
	尿素窒素	
	Na(ナトリウム)	
	K(カリウム)	
貧血	Cl(クロール)	
	赤血球数	
	ヘモグロビン	
	血小板数	
感染症後	MCV	
	CRP	
糖尿病	白血球数	
	血糖	食後 時間
	グリコヘモグロビンA1C	

日常生活動作（ADL）調査票

【横浜市介護老人保健施設共通様式】

平成 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

( 続柄・職種 )

( 施設・病院名 )

項目	レベル			内容	備考
食 事	自 立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療・禁止食( 使用具(箸・スプーン・その他『 』)	
移 動	自 立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移 乗	自 立	一部介助	全介助		
立位保持	自 立	一部介助	全介助		
座位保持	自 立	一部介助	全介助		
寝 返 り	自 立	一部介助	全介助		
排 泄	日 中			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自 立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜 間			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自 立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーンカテーテル ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿 意(有・無) 便 意(有・無)	
入 浴	自 立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
更 衣	上 衣				
	自 立	一部介助	全介助		
	下 衣				
	自 立	一部介助	全介助		

意思疎通 普通 ・ 困難 ( 具体的な様子: )

視力障害 無 ・ 有 ( 具体的な様子: )

聴力障害 無 ・ 有 ( 具体的な様子: )

認知(痴呆)症状 無 ・ 有 ( 具体的な様子: )

行 動	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声・ 奇声	妄想・ 幻覚	暴力・ 暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	異 食	盗 食	収集 行為
	具体的な様子と頻度											

[その他に何かございましたらご記入ください。]