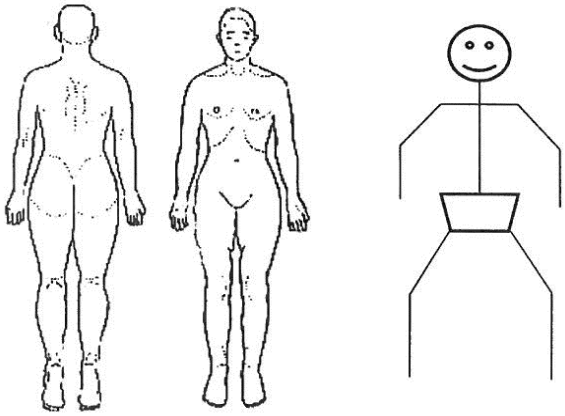
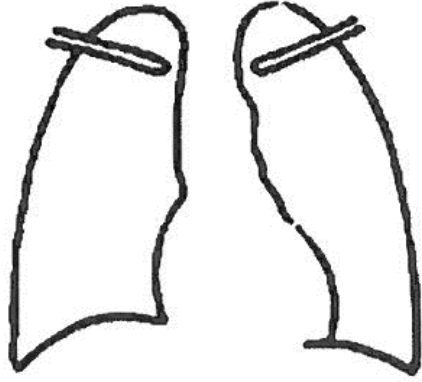


社会福祉法人 三翠会グループ 入居時健康診断書(所定様式)

(ふりがな)			生年月日	大正・昭和 年 月 日生：満 歳	
氏 名			男・女	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	〒 ー TEL () ー				
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そ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 ☐ 異常所見なし ☐ 異常所見あり 詳細・図示：  ☐ 肺尖部石灰化 ☐ 胸膜肥厚 ☐ 異常陰影 ☐ 石灰化 撮影年月日： 年 月 日		
◆手術創、胃瘻形成などの記入をお願いします。					
◆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。「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。