入 居 時 健 康 診 断 書

氏名	フリガナ	生年月日
		明治 大正　　年　　月　　日 昭和　　（満　　歳）
住所	フリガナ	
	〒 （電話番号）	

身長　　cm	長谷川式スケール（HDS-R） / 30 点	要介護状態区分
体重　　kg		要支援（ 1 ・ 2 ）、要介護（ 1 ・2 ・3 ・4 ・5 ）
主病名・現病歴		既往歴・発症年月日

※　感染症の有無　　HBs 抗原（+・-）HCV 抗体（+・-）W 氏（+・-）TB（+・-）疥癬（+・-）その他（　　）

薬剤アレルギー・食物アレルギー　無 ・ 有　（ 詳細：　　）

血液型　：　ABO 式（　　）型　　Rh　（　　）

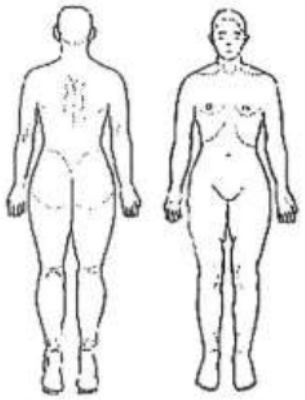
血液検査：

Hb（　　）g /dl　　Cr (　　) mg/dl　　K（　　）mEq/I　　Alb (　　) g/dl

BS（　　）mg/dl ※糖尿病の既往がある方

※内服している薬剤がある場合は、処方箋のコピーもしくはお薬手帳のコピーの添付をお願いいたします

<身体所見> ①麻痺　②拘縮　③褥瘡　④皮膚トラブル　等を図示願います （手術創、胃瘻形成などの記入もお願いします）	<胸部Ｘ線検査・CT 等> □　異常所見なし □　異常所あり（詳細・図示）



撮影年月日：　　年　　月　　日

上記のとおり、診断いたします。

西暦　　年　　月　　日

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞