

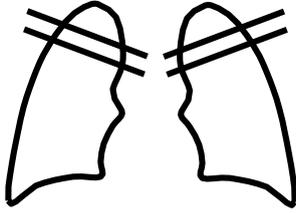
# 健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく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 年 月 日( 歳)	明治・大正・昭和
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】		
尿	蛋白質	— ± +	胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】  所見    異常あり・異常なし
	糖	— ± +	
	潜血	— ± +	
感染症	H B s 抗原精密	— +	
	H C V 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。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

## 医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。

当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。

尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

検査日 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP
-----	-----	----	----	-----	-----

GOT	GPT	ALP	LDH	尿酸
-----	-----	-----	-----	----

TP	Alb	BUN	Cr	Na	K
----	-----	-----	----	----	---

総コレステロール	中性脂肪	FBS	その他(HbA1c )
----------	------	-----	-------------

MRSA(鼻)( )
------------

※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。

※ 検査データのコピーを添付して下さい。

※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですのでお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

---

\* 当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。

# 日常生活動作（ADL表）調査票

年 月 日 記入

ご本人氏名 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

施設・病院〔介護・看護・他〕・家族〔同居・別居〕・その他

食 事 ・ 水 分 摂 取	<input type="checkbox"/> 副食（ 常食・ <input type="checkbox"/> 大・きざみ・みじん・ミキサー ） <input type="checkbox"/> 胃瘦（ 高カロリー食 ） <input type="checkbox"/> 禁忌食（ 有・無 ）							
	<input type="checkbox"/> 食べ方 { 自分で出来る・工夫すれば出来る又は時間がかかるが自分で出来る } 一部介助・全介助							
	<input type="checkbox"/> 食べこぼし（ 有・無 ） <input type="checkbox"/> 食事にかかる時間 およそ _____ 分 <input type="checkbox"/> 平均摂取量 約 _____ 割							
	<input type="checkbox"/> 嚥下機能：固形物→むせ（ 有・無 ・ トロミ使用 ） 水分→むせ（ 有・無 ・ トロミ使用 ） <input type="checkbox"/> 入れ歯（ 全義歯・一部 ・ 無 ） 箸・スプーン・フォーク・自助具（ _____ ）							
排 泄	日中	自立 見守り	時々失禁するが 自分でできる	時間で誘導 ・声かけ	一部 介助	全介助	尿管・PTイレ トイレ・オム ツ	バルーン・導 尿 ストマ
	夜間	自立 見守り	時々失禁するが 自分でできる	時間で誘導 ・声かけ	一部 介助	全介助	尿管・PTイレ トイレ・オム ツ	バルーン・導 尿 ストマ
	<input type="checkbox"/> 尿意（ 有・時々ある・無・不明 ） <input type="checkbox"/> 排尿回数（ _____ 回/日 ） <input type="checkbox"/> 便意（ 有・時々ある・無・不明 ） <input type="checkbox"/> 便秘（ 無・有（ _____ ） ）							
入 浴	自立・見守り・時間をかければ自分でできる・一部介助（洗体・洗髪） 全介助・清拭のみ							
	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 中間浴 ・ 特浴					※備考		
	好み（ 好き ・ ふつう ・ 嫌い ）							
更衣	自立 ・ 着替えを用意すれば自分でできる ・ 見守り又は声かけ 一部介助（ボタン・靴下・ズボン・シャツ） ・ 全介助							
<input type="checkbox"/> 洗面（ 自立 ・ おしぼりを渡せば自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 歯磨き（ 自立 ・ 物品準備すれば自分でできる ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> うがい（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 爪切り（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 整容（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ）								

基本動作・リハビリテーション	<p>○寝返り（自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○起き上がり（自立 ・ 柵や手すりなど使えばできる ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○座位（できる ・ 支えや背もたれがあればできる ・ 支えがあり40分位ならできる ・ できない ）</p> <p>○起立（自立 ・ つかまればできる ・ 一部介助 ・ できない ）</p> <p>○立位（できる ・ 支えがあればできる ・ 支えがあり短時間ならできる ・ できない ）</p> <p>○移乗（自立 ・ 声かけや見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○歩行 { 自立 ・ 見守りや声かけ ・ 限られた範囲_____m位 物につかまれば可能又は、手つなぎ ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 不可能 }</p> <p>○車椅子（自走 ・ 見守りや声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○麻痺の有無（無 ・ 有（_____））</p> <p>○拘縮の有無（無 ・ 有（_____））</p>	
身体状況	<p>皮膚疾患（有：処置の内容や病名を空欄に記入 無 ）</p> <p>褥瘡（有：部位や処置の内容を空欄に記入 無 ）</p> <p>痛み（有：部位等を空欄に記入 無 ）</p> <p>受診の必要性（有：空欄に詳しく記入 無 ）</p>	
心理・社会面について	<p>○聴力 { 普通 ・ 大きい声で片方で聞く（右・左） ・ 聞こえるが理解できない 聞こえない（<u>補聴器</u> 有 ・ 無 ） }</p> <p>○視力 { 普通 ・ 見えにくいが生活に支障ない ・ 人の区別がつく 見えない（右/左）（<u>眼鏡</u> 有 ・ 無 ） }</p> <p>○飲酒（有：飲酒量 /日 ・ 無）○喫煙（有： 本/日・ 無）有の場合→喫煙の意思： 有 無</p> <p>○コミュニケーション { 可能 ・ 言葉以外で可能（身振り・筆談・その他）理由_____ かろうじて話の理解が可能 ・ 意思表示のみ ・ 不可能 }</p> <p>○言語障害（有 ・ 無 ）</p> <p>○記憶（問題ない ・ 年相応 ・ 最近の事を頻繁に忘れる ・ 直前の事も記憶できない ）</p> <p>○生年月日が（言える ・ 言えない ） ○時間の管理が（出来る ・ 出来ない ）</p> <p>○複雑な人間関係の保持が（出来る ・ 出来ない ）</p> <p>○精神状態（当てはまる項目に<input checked="" type="checkbox"/>して下さい）  <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>収集癖 <input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食  <input type="checkbox"/>放尿/排泄異常行為 <input type="checkbox"/>早食い <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>拒絶 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>暴力行為 <input type="checkbox"/>不眠/夜間不穏  <input type="checkbox"/>無気力 <input type="checkbox"/>重ね着 <input type="checkbox"/>見当意識障害 <input type="checkbox"/>独語 <input type="checkbox"/>奇声 <input type="checkbox"/>その他</p>	
※精神状態 <input checked="" type="checkbox"/> 項目について具体的に記入してください。	※日中・夜間の過ごし方（様子など）ご記入ください。その他何かあれば記入ください。	