

入居時健康診断書

氏名		殿	男 ・ 女	M T S	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒								
身長	cm	体重	kg	血压	mmHg	脈拍	/分	体温	
視力	R () L ()	聴力	R () L ()	血液型	型	RH	+ · -		
採血・尿	WBC、RBC、Hb、HCT、PLT、GOT、GPT、-GTP、BUN、Cr、UA、T-cho、ALP 血糖、アルブミン 検尿一般 コピー添付よろしく願ひいたします。								
感染症	ワ氏 (有・無) HBs抗原 (有・無) HCV抗体 (有・無) MRSA (有・無) 有の場合その部位(痰、尿、その他) MRSA既往 (有・無) 疥癬 (有・無) 有の場合その部位(疥癬既往 (有・無) コピー添付よろしく願ひいたします。								
胸部X線	年	月	日	撮影	心電図	義歯の有無			
TBの有無									
皮膚病の有無				既往歴					
現病名					常用薬				
疾病に関する 総合判断									
介護付有料老人ホームの生活に適するか否かの総合判断									
上記の通り診断します。 平成 年 月 日 住所 医師 印									

この意見書は、当施設へ入所するための判定資料とさせていただきます。

〒658-0052 神戸市東灘区住吉東町1丁目3番17 3号

さくらケアサービス株式会社

介護付有料老人ホーム サンライフ住吉川

078-846-2033