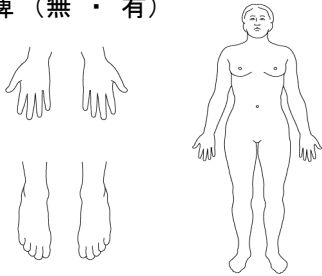
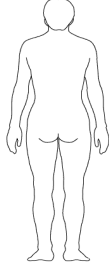


# 健康状態調査票

フリガナ				電話番号		
氏名	様					
住所						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳)	性別 (男・女)
既往歴						
現病名						
※投薬内容						
※投薬内容は処方箋添付可						
平常バイタル・血圧 ( / mmHg) 脈拍 ( ) 身長 ( cm) 体重 ( kg)						
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)				自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度				自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
意思疎通	明瞭	やや困難	困難	経口摂取	可・不可 (経管栄養・DIV・その他)	
障害	言語	視力	聴力	浮腫	無・有 (部位)	
関節拘縮	無・有 (部位)					
麻痺 (無・有)			褥瘡 (無・有)			胸部レントゲン (平成 年 月 日 撮影)
梅毒血清反応	RPR 陰性・陽性		TPLA 陰性・陽性			
M R S A	( + ・ - ) 検体 ( 咽頭液 ・ 褥瘡 ・ その他 ) 保菌 ・ 発病					
	次のような症状はありますか 咳 ( + ・ - ) 痰 ( + ・ - )					
HBs 抗原	HBs抗原 ( + ・ - ) HBs抗体 ( + ・ - )					
HCV 抗体	( + ・ - )					
疥癬	( + ・ - )					
特記事項						
総合所見	特別養護老人ホーム等での集団生活について 可能 ・ 不可能 ( )					
平成 年 月 日						
医療機関名						
医師名						印