

健康調査票

※ 以下の記載を宜しく願います。

記載日： 令和 年 月 日

紹介元医療機関： Tel. ;	入所希望者： Tel. ;
名称：	氏名： (男・女)
所在地：	生年月日： (歳)
診療科：	住所：
医師名：	キーパーソン名： (続柄:)
現病・障害名：	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
既往歴： 肺結核の既往 (有・無)	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
精神症状： (認知症などによる問題行動、等)	
身長： cm、体重： Kg、血圧： / mmHg、脈拍： /分、(整・不整)	
① 直近の検査結果を添付して下さい。(血液・尿検査など、1ヶ月以内のデータも願います)	
② 心電図所見：	年 月 日
③ 胸部X線所見：肺結核病変 (有・無)、CTR %、	年 月 日
④ 眼科疾患： (有・無) 疾患名・投与薬剤：	
⑤ 皮膚疾患： (有・無) 疾患名・投与薬剤：	
⑥ 感染症： HBs抗原 ()、HCV抗体 ()、梅毒RPR定性 ()、その他 ()	
⑦ 便潜血反応： 1回目 ()、2回目 ()、未実施	
⑧ 定期的他科受診： (有・無)、 受診施設・診療科： ()	
⑨ 治療食： (有・無) (内容：)	
⑩ アレルギー： 薬物 ()、食物 ()、その他 ()	
⑪ 施設入所中の留意すべき事項：	
現在の処方内容 (インスリン注射等を含む)： (処方箋、又は、お薬手帳のコピー添付でも結構です)	
連絡事項：	

〒733-0036 広島市西区観音新町1丁目7番40号
介護老人保健施設 ピア観音 医師 山本 直

Tel. (082)503-7772
FAX.(082)503-7774