健　康　診　断　書

ふりがな 氏　名	様	性別	男　・　女
生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日生　（　　歳）		
住　所			
既往歴		薬の服用：	
現病歴			
血液検査	ＨＢＳ抗原　定性（陰性・陽性）　　ＨＣＶ坑体　定性（陰性・陽性） ＴＰＨＡ抗原　定性（陰性・陽性）　　（注）症状により　ＭＲＳ（+・-） ＊その他　肝・腎機能等最近のデータがあれば添付お願いします。		
血　圧	/　　mmＨｇ	脈　拍	/分
薬物アレルギー	無　・　有（　　）	入　浴	可　・　否
四肢及び運動障害			
その他の障害			
感染症疾患	無　・　有		
認知症の有無	無　・　有　（脳血管　・　アルツハイマー・　老人性）		
認知症対応型共同生活介護利用	可・否		
生活介護時の留意点			

認知症について具体的な状態等

・問題行動について

・意志疎通の程度について

・状態に関する理解の程度（時間、場所等）について

・その他

上記の通り診断します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

医療機関名

医　師　名　　印

グループホーム　はるすのお家・西吉野