

健康診断書・意見書

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別（ 男性 ・ 女性 ）
 電話 _____

この診断書は、七沢自立支援ホーム（障害者支援施設）のご利用について、入所の検討、健康管理上の配慮について把握させていただくものです。

これに替わり、診療情報提供書ならびに検査データのコピーをご提出いただいても結構です。

<u>診断名</u>		<u>障害名</u>	
発症、受傷時期（ 年 月 日）			
<u>治療中の疾患、合併症</u>			
<u>既往歴</u>		<u>アレルギー</u> （ 有 ・ 無 ）	
<u>現病歴</u>		<u>処方内容</u>	
<u>現在の状態</u>			
身長（ ）cm		体重（ ）kg	
血圧（ / ）			
<u>食事制限</u> カロリー kcal		<u>喫煙</u> （ 有 ・ 無 ）	
塩分 g/day		<u>飲酒</u> （ 有 ・ 無 ）	

検査所見 (検査データのコピーでも結構です)

血液・生化学

尿

WBC		TP		BUN		FBS		蛋白	
RBC		Alb		Cr		HbA1c		糖	
Hb		AST(GOT)		Na		HDL		潜血	
Plt		ALT(GPT)		K		LDL			
CRP		ALP				TG			
		γ -GTP							
		UA							

心電図

胸部X線写真

撮影日 (年 月 日)

感染症

HB 抗原	HCV 抗体	STS・TPLA	他 ()
＋、－、不明	＋、－、不明	＋、－、不明	

健康管理上の留意点、その他特記事項

施設入所、リハビリテーションに関する意見

医療機関名・所在地・電話

記載日 年 月 日

医師名 _____ 印

(障害者支援施設：七沢自立支援ホーム)

内容記載につき御不明な点がございましたら 医療福祉総合相談室 tel 046-249-2352 までお尋ね下さい。

医療情報等、ご提供のお願い

障害者支援施設入所の検討を行うにあたり、下記の医療情報等をご教示いただければ幸に存じます。ご多忙中恐縮ですが、可能な範囲でご提供いただきますよう、お願い申し上げます。

記

(1) 診療情報提供書

貴院の書式で結構です。

(2) 検査データの写し・所見

下記項目のデータが必要です。

① 血液・生化学・尿検査

WBC・RBC・Hb・Plt・CRP・TP・Alb・AST (GOT)・ALT (GPT)・ALP
γ-GTP・UA・BUN・Cr・Na・K・FBS・HbA1c・HDL・LDL・TG
尿蛋白・尿糖・尿潜血

② 心電図

③ 胸部X線写真

④ 感染症

HB抗原・HCV抗体・STS・TPLA

(3) リハビリテーションに関する情報

PT・OT・ST・心理などの経過（評価結果、カンファランスの報告書）

日常生活の自立度（FIM）

身体機能

脳血管障害：ブルンストロームの stage など

脊髄損傷：ASIA など

(4) 看護情報

看護サマリーなど、経過報告書

なお、(1) (2) につきましては、当施設ホームページに当施設書式もございますので、ダウンロードしてご使用いただいても結構です。また、(3) (4) につきましては、入所面接時または入所時にご用意いただいても結構です。

以上

神奈川県総合リハビリテーションセンター 七沢自立支援ホーム

〒243-0121 神奈川県厚木市七沢 5 1 6

Tel. 046(249)2308,2309,2352 (医療福祉総合相談室)

Fax.046-249-2354

e-mail njshien-sodan@kanagawa-rehab.or.jp

URL <http://www.jiritsushien.kanagawa-rehab.or.jp/>