（入居規程様式第２号）

**健　康　診　断　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男女 | 生 年月 日 | 大昭　　　年　　月　　日 ( 歳)平 |
| 労災における傷病名 | 頚髄損傷　胸髄損傷　腰髄(以下)損傷　じん肺頭部外傷　その他(　　　　　　　　　　　　　) | 労災年金種別傷病 (１・２・３級)障害 (１・２・３・４級)その他（　　　　　　　） |
| 傷病部位 | 四肢、両下肢、片麻痺 (右左)、その他（　　　） |
| 労災疾患の治療経過 |  |
| その他の疾患 |  | 視力障害 | 有 ( 軽、中、全 )・無 |
| 聴力障害 | 有 ( 軽、中、全 )・無 |
| 言語障害 | 有 ( 軽、中、全 )・無 |
| 血液検査及び感染症 | ・ＨＢs抗原 (陽性・ 陰性）・ＨＣＶ(＋・－)・梅毒（陽性・陰性）・空腹時血糖　（　　　　　　　　　）・RBC(　　　)・WBC(　　　)・Hb(　　　)・GOT[AST](　　 ) ・GPT[ALT](　 )・その他の感染症（有・無）　有の場合（　　　　　　　　　　　　　） | 精神障害 | 有 ・　無 |
| 症状と治療内容 |  |
| 遷延性意識障害 | 有（　　　　　）・無 |
| 認　　知　　症 | 有 ・ 無 |
| 症状と治療内容 |  |
| 問題行動 | 有　・　無 |
| 行動内容 |  |
| 血圧 | 　　　　　　／ | 心電図異常所見 | 有 (　　　　　 )・無 |
| 日常生活動作 | 表記方法：全介助（×）　　一部介助（△）　　介助不要（○） |
| ・食　　事 (　　)　　・整　　容 (　　)　 ・排尿 (　　)　　・排便 (　　)・衣服着脱 (　　)　　・入　　浴 (　　)　 ・車椅子移乗 （　　）・車椅子移動（　　)　　・歩　　行 (　　)　(装具・要、不要) |
| 現在の治療 | 入院　　　通院　　　　　　回／月　　　回／週 | 与薬（有・無）ある場合はその内容 |
| 胸部レントゲンの所見 | 　　　　　　　　　　（６か月以内に撮影したもの）　　　　　　　　年　　月撮影 |
| 総合所見 | ＊医師は常駐していませんが、看護師が常駐している施設での集団生活の可否をお書きください。可　・　否所見：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり診断しました。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日一般財団法人労災サポートセンター会長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |