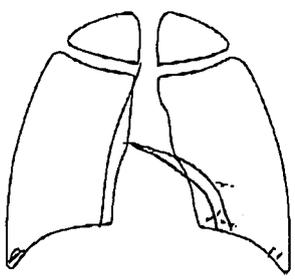


入居申込時／健康診断書

株式会社ベネッセスタイルケア株式会社ver.230821

※項目が満たされていれば、「診療情報提供書」含め他様式でも差し支えございません。

フリガナ	フジオカ レイコ	
氏名	藤岡 れい子	<input type="checkbox"/> 性別：男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
生年月日	(西暦) 1930年 3月 21日	<input type="checkbox"/> 年齢：95歳
身長/体重/血圧	<input type="checkbox"/> 身長：160 cm <input type="checkbox"/> 体重：60 kg <input type="checkbox"/> 血圧：120 / 80 mmHg	
現在の病名	1 高血圧	発症日：2008年 月 日 安定・不安定
	2 腹部動脈狭窄症	発症日： 年 月 日 安定・不安定
	3 骨粗鬆症	発症日： 年 月 日 安定・不安定
	4 腹壁動脈ヘルニア	発症日： 年 月 日 安定・不安定
現在の治療状況 ★入居施設へのアドバイスがあれば、ご記入ください。	高血圧等 2008年 月 日 入院... 内科的治療あり。SBP 110-140 mmHg と安定。 2025年頃より下肥満傾向、腹心の台座の圧力上昇あり	
既往歴と転帰 ★入居施設へのアドバイスがあればご記入ください。	※記入例) 腰椎圧迫骨折 保存療法(平成20年8月治癒) (上記未病歴) 5. 右肩こり 痛風 size 5.5 6. 足の白癬 7. その他 皮膚掻痒病、便秘、右大腿内側股下の慢性皮膚病 難癒	
結核 発病疑い有無	※肺診、問診等にて結核発病の疑いとなる症状の確認をお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状あり 咳・たん(血痰)・胸痛・頻回呼吸・呼吸困難・その他()	
胸部レントゲン検査	※上記該当する症状がある又は胸部レントゲン検査を必要と判断した場合に限り検査をお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> 結核発病疑いなし <input type="checkbox"/> 結核発病疑いあり <input type="checkbox"/> その他所見  検査実施日：2025年 12月 21日	
喀痰検査	※胸部レントゲン検査で、結核発病を疑う症状がある場合に限り、喀痰検査の実施をお願いします。 陰性・陽性()	
肝炎ウイルス検査	※過去1年間に検査実施歴がある方は、結果を記載願います。 ※検査実施歴がない場合は、新たに血液検査をしていただく必要はありません。 入居後1か月以内にお客様負担にてホーム内で血液検査を受けていただきます。 HBs抗原(+/-) HCV抗体(+/-) 検査年月日： 年 月 日	
その他の感染症が疑われる場合には、感染症の有無	(+/-)	(+)の場合の疾患名:
現在の処方(内服・外用) ※用法・用量を記載	オメドリン 下工	
アレルギーの有無	有 (ラズール)	無