

身体状況調査表

氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)
----	-----	------	-----------------

現病名・既往歴	発症年月日
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
【臨床経過】	【処方内容】
* 治療(療養)食がある場合には記載して下さい	

【身体状況】

血圧	/	mg	脈拍	/分	整・不整	身長	cm	体重	kg	
麻痺	無・有(部位・程度)					※サービス提供時における医学的留意点などありましたらお願いします				
拘縮	無・有(部位・程度)									
言語障害	無・有		嚥下障害	無・有						
アレルギー	無・有()									
浮腫	無・有(部位・程度)									
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位・程度)) 無・有 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他()									

※検査結果は分かる範囲でご記入下さい。検査データがありましたらコピーをいただけると幸いです。

【血液検査】(年 月 日 実施)

総蛋白	中性脂肪	K
アルブミン	BUN	白血球
GOT	クレアチニン	赤血球
GPT	尿酸	Hb
γ-GTP	Na	Ht
総コレステロール	Cl	血糖
(糖尿病の場合) HbA1C		

【尿検査】(年 月 日 実施)

潜血	蛋白
糖	ウロビリ
【感染症検査】(年 月 日 実施)	
TPHA	HBS抗原
疥癬	HCV抗体
MRSA(部位)	

総合所見	障害性老人の日常生活自立度判定基準 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症老人の日常生活自立度判定基準 I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M
------	--

備考

記載日 令和 年 月 日

事業所名 _____

記載者名 _____