（入居規程様式第２号）

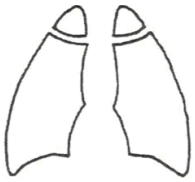
健　康　診　断　書

氏　　名		男 女	生年 月日	大 昭 平	年　月　日（　歳）

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。 所見： 可　・　否	

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