

健康告知書

| | | | | | | | |
|-------|------|----------|-------------|----|----|----|-----|
| | | | 記入日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 入居予定者 | フリガナ | | 男 ・ 女 | 身長 | cm | | |
| | お名前 | | | 体重 | kg | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | 年 | 月 | 日生 | 血液型 |

| | |
|---|--------|
| 現在入院中、もしくは最近6ヶ月以内に入院歴がある。 | いいえ・はい |
| 今までに何らかの傷病治療及び入院加療をしたことがある。(通常風邪で完治した場合は除く) | いいえ・はい |
| 現在、何らかの医師の診察、治療、内服薬の処方を受けている。(認知症も含む) | いいえ・はい |

上記の質問に1つでも【はい】と答えられた方は下記の欄にご記入ください。

現在のかかりつけ医(又は入院中の医療機関)

| | | | | | |
|-------|--|-----|--|------|--|
| 医療機関名 | | 医師名 | | 診療科目 | |
| 医療機関名 | | 医師名 | | 診療科目 | |
| 医療機関名 | | 医師名 | | 診療科目 | |

現在、治療及び内服治療中の傷病名

現在の内服 及び その他の薬

| | | | |
|-------------------|---|---------|--------|
| 年 | 月 | 発症(傷病名) | |
| 年 | 月 | 発症(傷病名) | |
| 年 | 月 | 発症(傷病名) | |
| 年 | 月 | 発症(傷病名) | |
| 年 | 月 | 発症(傷病名) | |
| 年 | 月 | 発症(傷病名) | |
| 薬の管理はご自分でされていますか。 | | | はい・いいえ |

現在までの既往及び入院歴 (新しい順に記載してください)

| 傷病名 | 発症年 | 診断・受診医療機関名 | 入院 | 手術 | 入院期間 |
|-----|-----|------------|----|----|------|
| | 年 月 | | 有 | 有 | ~ |
| | 年 月 | | 有 | 有 | ~ |
| | 年 月 | | 有 | 有 | ~ |
| | 年 月 | | 有 | 有 | ~ |
| | 年 月 | | 有 | 有 | ~ |

| | |
|--|--------|
| 最近1年以内に、医師の診断、健康診断等で何らかの異常を指摘されたことがある。 | いいえ・はい |
| 【はい】 | |

| | |
|---------------------------------------|--------|
| 最近1年以内に皮膚疾患(褥瘡(床ずれ)、疥癬等)の診断を受けたことがある。 | いいえ・はい |
| 【はい】 | |

| | | |
|-------------------|--------|------|
| 薬や食物でアレルギーはありますか。 | いいえ・はい | 【はい】 |
| 現在、歯科の治療中ですか。 | いいえ・はい | 【はい】 |

| | |
|---|--------|
| 今までに悪性新生物、悪性腫瘍、悪性リンパ腫、上皮内ガン、白血病等にかかったことがある。 | いいえ・はい |
| 【はい】 | |

| | |
|-----------|--------|
| 飲酒はされますか。 | いいえ・はい |
|-----------|--------|

| | |
|-----------|--------|
| 喫煙はされますか。 | いいえ・はい |
|-----------|--------|

その他、告知すべき事項がありましたらご記入ください。

告知書 記入者 _____ 印

告知内容についてはなるべく正確にご記入ください。
皆様からいただいた個人情報は、ご本人又はご家族の許可なしに、第三者に提供いたしません。