

健康告知書

			記入日	令和	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。(※ 通常の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、告知する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、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。