

健康診断書									
氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
障害名 (部位を明記)				原因となった 疾病・外傷名等					
既往歴									
身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	脈拍	/min	(整・不整)
視力(左・右)	右: (矯正:)		左: (矯正:)		身体障害に該当するレベルの機能障害が認められる場合は、別途「機能障害診断書」を添付すること				
聴力(両耳)	・異常あり()		・異常なし						
音声・言語機能	・異常あり()		・異常なし						
そしゃく・嚥下機能	・異常あり()		・異常なし						
尿検査	蛋白 ()、糖 ()、潜血 ()								
血液検査	(検査日: 年 月 日) 白血球数: _____/μl, 赤血球数: _____×10 ⁴ /μl, 血色素: _____g/dl, 血小板数: _____×10 ⁴ /μl, CRP: _____mg/dl, Cr: _____mg/dl, AST(GOT): _____IU/l, ALT(GPT): _____IU/l, HbA1c: _____%, BUN:								
現在の所見	一般理学的所見	内容 ・異常あり ・異常なし			治療中の疾患	内容 ・あり ・なし			
	記憶、注意、遂行機能等	内容 ・異常あり ・異常なし			知的障害又は精神障害に関する事項	内容 ・あり ・なし			
見	その他健康管理上の留意点								
	胸部X線所見	・異常あり ・異常なし 最近(3か月以内)の胸部X線写真により異常が認められた場合は、具体的な所見を記載すること							

内服薬、外用薬等の使用状況	・あり	内容
	・なし	
服薬の自己管理：可・要観察(理由：)・不可(理由：)		

てんかん発作	・あり	①発作の型()
	・なし	②発作頻度()
		③最終発作(年 月 日(頃))

運動制限の必要性の有無と内容	・あり	内容：
	・なし	

その他	
-----	--

【この診断書の目的】

この診断書は、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局(指定障害者支援施設)の利用に際して、以下の目的から利用前に作成し、提出していただくものです。

- ① 職業訓練をはじめとする様々な訓練を実施する上で、訓練の可能性も含めて基本的な健康状態を把握します。
- ② 利用契約後に主として宿舍生活(集団生活)をする上で、健康管理上配慮を要する事項の有無や内容を把握します。
- ③ 治療の経過等の診断内容をもとに、当センターでの日常の健康管理に関する支援サービスを実施します。

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

(〒)

住 所

(TEL : - -)

(FAX : - -)

医師氏名

印