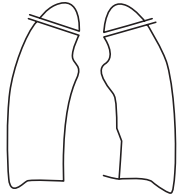


# 健康診断書

(別紙1)

ふりがな			性別	男・女	生年月日	年	月	日
氏名								
<b>■ 基本項目</b>								
身長	cm	視力	左 (矯正 ) 右 (矯正 )	聴力	左 dB 右 dB			
既往症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合はご記入ください。 ( )			胸部X線 検査	直接・間接 撮影日 ( )年 ( )月 ( )日			
アレルギーや 喘息、感染症など	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合はご記入ください。 ( )				内臓疾患所見			
血圧	最高 ( ) 最低 ( )	検尿	たん白 ( ) 糖 ( )					
<b>■ 障がいに関する項目</b>								
診断名 (障がい名)	<input type="checkbox"/> 交通災害 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他の事故			<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 周産期 <input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不詳			
障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )度 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( )級			合併症 または 二次障害	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳			
補装具の 種類	<input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 義手 <input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> 松葉づえ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無	通院 (詳細別紙2)	<input type="checkbox"/> 有 ( )回/週・月・年 <input type="checkbox"/> 無 【他科の通院】 <input type="checkbox"/> 有 ( )科 <input type="checkbox"/> 無	服薬 (詳細別紙2)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤名 ( )			
経過 現在の病状 対応など								
<b>■ 寄宿舎生活に関する項目 (入舎を希望する方のみ、ご記入ください。)</b>								
寄宿舎生活	集団生活	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			服薬の自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	共同利用 (トイレ、食堂、風呂)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			自傷行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<b>■ 総合所見 (職業訓練や寄宿舎生活における留意事項) ※必ずご記入ください。</b>								
※職業訓練や寄宿舎生活において、移動面、生活技能面、体調管理面、コミュニケーション面、集団生活面等における留意事項と対処方法についてご記入ください。 【職業訓練生活】          【寄宿舎生活 (※入舎を希望している方のみ、ご記入ください。)]								

以上のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

医師氏名

