

診 断 書

特別養護老人ホーム

施設長 宛

ふりがな		生年 月 日	大正・昭和 年 月 日		男・女
氏名					
住所	TEL ()				
現病名・経過	既往症				

一般検診 (必ず検査の上ご記入下さい)

理学所見	心雑音 あり・なし 呼吸音 異常・正常	梅毒検査	+・- 感染性 あり・なし				
	脈拍 /分, 不整 あり・なし, 血圧 /	HBs検査	HBs 抗原	あり・なし			
心電図	異常あり()・なし	HCV検査	感染性	あり・なし			
			HCV 抗体	あり・なし			
胸部 X-P	所見 結核 感染性 あり・なし	疥癬	あり・なし				
		身長	cm	体重	kg		
処方	血液検査データ						
その他所見						WBC	
						RBC	
						Hb	
						GOT	
						GPT	
						Tcho	
						TP	
						Alb	
						BUN	
	FBS						
HbA1c							
CRE							
CRP							
尿	蛋白()・糖()						

障がい

麻痺	あり 上肢(右・左) 下肢(右・左) 体幹・なし	拘縮	無・有 ⇒ 部位()
視力障がい	あり・なし	嚙下障がい	あり・なし
聴力障がい	あり・なし	失調症状	あり・なし
言語障がい	あり・なし	認知障がい	あり・なし
精神状態	正常・不穏・興奮・うつ気分・不安・その他()	認知症	無・有 (診断名:)
障がい高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
施設利用に当たって問題となる行動等	なし・あり ⇒ ()		

上記の通り診断します	医療機関名
令和 年 月 日	住所
	電話
	診療科目 医師名
	印