

介護老人保健施設 ほのぼの苑 入苑診断書

ふりがな	生年月日		性別	□男・□女	血液型
氏名	□明治 □大正 □昭和 年 月 日生(歳)				Rh(+ -)
住所	電話番号				
主病名	合併症				
病名及び既往歴	1	発症年月日		年 月 日頃	
	2	発症年月日		年 月 日頃	
	3	発症年月日		年 月 日頃	
	4	発症年月日		年 月 日頃	
	5	発症年月日		年 月 日頃	
現病歴					
身長	cm	体重	kg	血圧	~ mmHg
認知症	□有・□無	程度	□軽度 □中度 □重度	HDS-R	点
認知能力	□自立 □いくらか困難 □見守りが必要 □判断できない				
意思伝達能力	□伝えられる □いくらか困難 □具体的要求 □伝えられない				
問題行動	□有・□無	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
精神・神経状況	□有・□無	<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行			
ADL	移動	□自立 □見守り □介助歩行 □杖 □歩行器 □車イス □ストレッチャー □寝返り不可			
	食事	□自立 □配膳のみ要 □一部介助 □全介助 嚥下 □できる □むせやすい			
	排尿	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 尿意 □有 □無			
	排便	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 便意 □有 □無			
	オムツ	□自立 □夜間のみ □終日介助			
入浴	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □特殊浴槽 □清拭のみ				
視力	□普通 □不自由 □失明		聴力	□普通 □不自由 □不可	
言語	□普通 □不自由 □不可				
四肢欠損	□有・□無	部位			
麻痺	□有・□無	部位			
筋力低下	□有・□無	部位			
拘縮	□有・□無	部位			
褥瘡	□有・□無	部位			
伝染性皮肤病患	□有・□無	病名			
アレルギー	□有・□無	種類			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 鼻腔カテーテル <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()				

血液検査	検査実施 平成 年 月 日 (1年以内のデータ)					
	W B C	/μl	R B C	×10 ⁴ /μl	H b	g/dl
	H c t	%	P L T	×10 ⁴ /μl		
	T P	g/dl	A l b	g/dl	A S T	u/l
	A L T	u/l	L D H	u/l	γ G T P	u/l
	C H E	u/l	B U N	mg/dl	C R E	mg/dl
	U A	mg/dl	N a	mEq/l	K	mEq/l
	C l	mg/dl	L D L - C	mg/dl	H D L - C	mg/dl
	T - G	mg/dl	F B S	mg/dl	C R P	mg/dl
	H B S 抗原	□陽性・□陰性		H C V 抗体	□陽性・□陰性	
尿検査	平成 年 月 日		蛋白	糖	潜血	
結核菌	平成 年 月 日		塗抹	培養		
M R S A	平成 年 月 日		部位			
心電図所見	異常	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 上室性頻脈 <input type="checkbox"/> 房室ブロック <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 有・□無 <input type="checkbox"/> その他()				
胸部X線所見	撮影日 (平成 年 月 日 直接・間接)					
	異常	□有・□無	結核の既往	□有・□無		
						
(採血検査データ、心電図、胸部X線、処方内容はコピー添付でも可)						
紹介目的			所見及び今後の診療に関する情報			
他科受診	□有・□無	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()				
上記のとおり診断します。			平成 年 月 日			
			住所			
			医療機関名			
			科名			
			医師氏名			
			印			

1、この診断書は、介護老人保健施設ほのぼの苑入苑所申し込み用紙に、添付する書類です。

恐縮ですが、ご高配よろしくお願い致します。

2、該当するものを、レ点でチェックしてください。