

社会医療法人 正和会 介護老人保健施設 入 所 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				
行動・心理症状	□有・□無	□幻視 □幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行			
		□徘徊 □介護への抵抗 □火の不始末 □不潔行為			
		□異食行動 □性的問題行動 □その他()			
精神・神経状況	□有・□無	□失語 □構音障害 □せん妄 □傾眠傾向 □失見当識			
		□失認 □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 □便秘 □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	□鼻腔カテーテル □胃瘻チューブ □留置カテーテル □IVH □ストーマ □在宅酸素療法 □気管カニューレ □ヘパースメーカー □その他()				

血液検査	検査実施	年 月 日 (3ヶ月以内のデータ)				
	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
	U A	mg/dl	B U N	mg/dl	C R E	mg/dl
	C i	mg/dl	N a	mEq/l	K	mEq/l
	T - G	mg/dl	LDL-cho	mg/dl	H D L - C	mg/dl
	H b A 1 c	mg/dl	C R P	mg/dl	F B S	mg/dl
HBS抗原	□陽性・□陰性	HCV抗体	□陽性・□陰性	T P H A	□陽性・□陰性	
尿検査	年 月 日	蛋白		糖	潜血	
結核菌	年 月 日	塗抹		培養		
M R S A	年 月 日	部位				
心電図所見	異常 □有・□無	□不整脈 □心房細動 □上室性頻脈 □房室ブロック □虚血性心疾患 □陳旧性心筋梗塞 □その他()	処方内容			
胸部X線所見	撮影日 (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	□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □歯科 □その他 ()				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日						
住所 医療機関名 科名 医師氏名 印						

- この診断書は、社会医療法人 正和会 介護老人保健施設の施設利用申し込み用紙に、添付する書類です。恐縮ですが、ご高配よろしくお願いたします。
- 該当する箇所を、レ点にてチェックをお願いいたします。