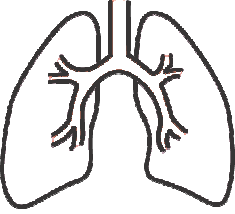


社会医療法人 正和会 介護老人保健施設 入 所 診 断 書

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)						型 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							
A D L	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							
伝染性皮膚疾患		□ 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 □ヘルスメーカー □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 I 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。 年 月 日																	
住 所 医 療 機 関 名 科 名 医 師 氏 名 印																	

1. 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、ご高配よろしく願いたします。
2. 該当する箇所を、レ点にてチェックをお願いいたします。