

診断書

下記の者は、介護老人保健施設入所の処遇が適切であると考えます。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

印

氏名		男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
既往歴			
診断名			
主要疾患の経過			
現在の処方(点眼・外用薬を含む)			
身体状況	身長 cm	体重 Kg	
脳・神経	視力障害：有・無() 聴力障害：有・無() 言語障害：有・無() 麻痺：有・無() 認知症：有・無() 精神疾患：有・無() 四肢拘縮：有・無() 寝たきり状態：有・無() 問題行動：有・無()		
循環器	血圧： / mmHg		
骨・関節	骨折 有・無(部位 手術		
皮膚	褥瘡 有・無(部位)		
アレルギー	有・無(対象) 食物 () 薬剤 ()		
感染症検査日(年 月 日)	梅毒反応：TPHA 法()・RPR()・肝炎：HBs 抗原()・HCV 抗体() MRSA：()(部位)皮膚：疥癬() その他()		
装着医療機器の有無	尿道留置カテーテル ・ 膀胱瘻 ・ 人工肛門 ・ 心ペースメーカー 気管カニューレ ・ 酸素療法 ・ 経管栄養(鼻腔 ・ 胃瘻)		
検査結果 検査日(年 月 日)	検尿： 蛋白() 糖() 尿潜血() 末梢血：白血球数() 赤血球数() 血色素量() 血液生化学：総蛋白() BUN() HDL () LDL () GOT() GPT() K() Alb () 血糖値()食後： 時間 HbA1c ()		
心電図所見	(検査日： 年 月 日)		
胸部 X 線の所見 検査日： 年 月 日	：異常あり ・ 異常なし その他		
			