

診 断 書

(手書き入力版 1.2版)

湘南東圏域介護老人保健施設 共通様式 2005.3.1

診断書あて先

申請中(新規・更新中・区分変更)
介護度(要支援・1・2・3・4・5)

御中

ふりがな 氏名		男・ 女	生年月日	年 月 日 歳
病名 および 発症年月日 1. 2. 3. 4. 5.		血圧 /		体重 kg
既往歴 および 発症年月日 1. 2. 3. 結核の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		身長 cm		
現在の病気の経過		現在の処方内容 (点眼薬も含む)		
医療処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置() <input type="checkbox"/> 留置カテーテル() <input type="checkbox"/> インスリン注射() <input type="checkbox"/> その他特別な医療()		感染症 検査日 年 月 日 (実際に検査をおこなった日付を記入してください。) HBs抗原() HCV抗体() 梅毒 ガラス板法 または凝集法() TPHA() その他感染症()		
心身の状態 障害老人の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知症老人の日常生活自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) (参考)長谷川式簡易認知スケール()点 検査日 年 月 日		尿検査 検査日 年 月 日 蛋白() 糖() 潜血()		
身体の状態 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他() 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物() <input type="checkbox"/> 食物() 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		血液生化学 検査日 年 月 日 白血球数 総蛋白 赤血球数 アルブミン 血色素量 尿素窒素 ヘマトクリット クレアチニン 血小板数 AST(GOT) 総コレステロール ALT(GPT) Na 血糖 K HbA1c(糖 尿病の場合)		
所在地		年 月 日		
名称		医師氏名 印		