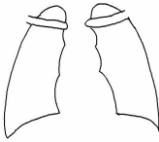


御中

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳		
病名 および 発症年月日 1. 2. 3. 4. 5.			血圧 /		体重 kg	身長 cm
			現在の処方内容 (点眼薬も含む)			
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			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 ()			
現在の病気の経過						
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 ()		尿検査 検査日 年 月 日 蛋白 () 糖 () 潜血 ()			
			血液生化学 検査日 年 月 日			
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)長谷川式簡易痴呆スケール () 点 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)	
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		総コレステロール		ALT(GPT)	
					血糖	
			(糖尿病の場合)		HbA1c	
			胸部X線写真 検査日 年 月 日			
					心胸郭比 () % 所見	
			心電図 検査日 年 月 日			
			心拍数 () 所見			
所在地 令和 年 月 日						
名称 医師氏名 印						