

診断書あて先

## 診断書

御中

(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

申請中(新規・更新中・区分変更)

介護度(要支援・1・2・3・4・5)

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		血圧 /	体重 kg	身長 cm
1. 2. 3. 4. 5.		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 checked="" type="checkbox"/> 有				
現在の病気の経過				
		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( )		
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)
			総コレステロール	ALT(GPT)
			(糖尿病の場合)	HbA1c
身体 の 状態	視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( ) 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( ) 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( ) 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( ) 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物( ) <input type="checkbox"/> 食物( ) 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( ) 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( )		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