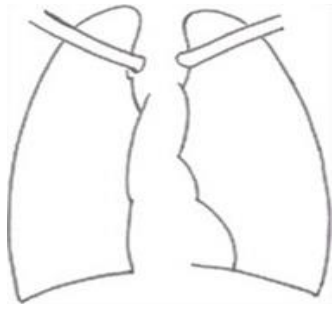


診 断 書

(ケアタウン昭里 入居用)

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年	月 日
住所		電話			
主病名	1) 発病年月日 年 月 日 ・ 不明				
	2) 発病年月日 年 月 日 ・ 不明				
その他病名	1)		2)		
	3)		4)		
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)		<input type="checkbox"/> ランクJ <input type="checkbox"/> ランクA <input type="checkbox"/> ランクB <input type="checkbox"/> ランクC			
既往歴及び傷病の経過・治療内容：					
<div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div>					
身 体 状 況	身長		体重		視力 (眼疾患)
		cm		Kg	
	麻痺	無 ・ 有 (部位: 程度:)			
	褥瘡状態	無 ・ 有 (部位:)			
	拘縮	無 ・ 有 (部位: 程度:)			
	アレルギー	無 ・ 有 (薬物名: 程度:)			
	排泄状況	無 ・ 有 (正常 ・ 頻尿 ・ 失禁 ・ カテーテル ・ ストマ)			

血液型	型 Rh(+ ・ -)	血圧	/	mmHg	脈拍	/min	
心電図異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ()						
検査値 (実施日 H . . .)	WBC	/ul	ALT	IU/l	BUN	mg/dl	尿蛋白
	RBC	X104/ul	γ-GTP	IU/l	CRE	mg/dl	尿糖
	Hb	g/dl	中性脂肪	mg/dl	Na	mEq/l	尿潜血
	Ht	%	HDL-C	mg/dl	K	mEq/l	ウロビリノーゲン
	PLT	/ul	LDL-C	mg/dl	CL	mEq/l	便潜血(1回)
	CRP	mg/dl	TP	g/dl	血糖	mg/dl	
	AST	IU/l	Alb	g/dl	HbA1c	%	
感染症	HBsAg	(- ・ +)	胸部X線写真	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接		撮影日 年 月 日	
	HCV	(- ・ +)			<input type="checkbox"/> 特記すべき所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		
	TPHA	(- ・ +)					
	結核の既往						
	その他の伝染性疾患	MRSA (- ・ +) 部位					
伝染性皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ()						
消化器異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ()						
医師の所見							
現在の処方内容							
年 月 日							
医療機関名							
住所							
電話							
医師氏名						印	