

サービス付き高齢者向け住宅 医療法人 生寿会 エイム新栄 診断書

氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生(歳)			
住所						
病名(含既往歴)			現在の治療内容・処方			
①	(年 月発症・不詳)	(カテーテル類使用中はそれも記入)				
②	(年 月発症・不詳)					
③	(年 月発症・不詳)					
④	(年 月発症・不詳)					
⑤	(年 月発症・不詳)					
⑥	(年 月発症・不詳)					
⑦	(年 月発症・不詳)					
病状及び治療経過						
胸部X線像		年 月 日	検査日		年 月 日	☆3ヶ月以内の数値/別紙コピーでも可
			尿	蛋白	糖	潜血
			血液			感染症
			WBC		BUN	HBs抗原 (+-・未実施)
			Hb		Cr	HCV抗体 (+-・未実施)
			Ht		総蛋白	梅毒 (+-・未実施)
			血小板		アルブミン	疥癬 (+-)
			CRP		GOT	※クオンティフェロン検査
心電図		年 月 日	血糖		GPT	(+-・判定保留・未実施)
			HbA1c			※必須ではありません
身長	cm	体重	kg	麻痺 無・有(上肢・下肢)(右・左)		
移動	<input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き) <input type="checkbox"/> 車椅子(操作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自力で可能だが遅い <input type="checkbox"/> 全介助					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自力で可能だが遅い <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ					
視覚	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 殆ど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない					
聴覚	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 少し聞きにくい <input type="checkbox"/> 大きい声、音のみ聞こえる <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない					
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 不可					
認知症	無・有(軽・中・高) 長谷川式 点		認知症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他()		
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)			<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度			<input type="checkbox"/> 正常	<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"/> V
上記の通り診断します。 年 月 日						
住所						
医療機関名						
科名・医師名						
印						