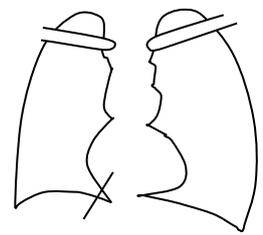


# 診 断 書

氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生( 歳)	
住所				
現病	病名 ( 年 月 ) 所見 病名 ( 年 月 ) 病名 ( 年 月 )			
既往歴	病名 ( 年 月 ) 病名 ( 年 月 ) 病名 ( 年 月 )		胸部X線所見  撮影日 平成 年 月 日	
呼吸器系	異常 無 ・ 有( )			
循環器系	異常 無 ・ 有( )		心電図 ・ 心所見 心 肥 大 ( + ・ - ) 不 整 脈 ( + ・ - ) 虚 血 性 変 化 ( + ・ - ) そ の 他 ( )  聴打診所見	
視 力	普通 ・ 弱視 ・ 盲 ( 白内障 + ・ - )			
聴 力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴			
感染症	MRSA ( + ・ - ) 疥癬 ( + ・ - ) 結核 ( + ・ - ) その他( )		* 認知症度ランク (症状がない場合は記入不要) I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M * 寝たきり度ランク J ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2  特記事項・投与薬剤等	
血液検査	血液型 ( )	クレアチニン ( )		
	梅毒反応 ( + ・ - )	尿素窒素 ( )		
	HBs抗原 ( + ・ - )	GOT ( )		
	HCV ( + ・ - )	GPT ( )		
	赤血球 ( )	総蛋白 ( )		
	白血球 ( )	アルブミン ( )		
	血小板 ( )	Na ( )		
ヘモグロビン ( )	K ( )			
		Cl ( )		
尿検査	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )			
身 体	身長	cm	体重	kg
	血圧		脈拍	回/分( 整 ・ 不整 )
	麻痺 ( + ・ - )	部位		
	拘縮 ( + ・ - )	部位		
	褥瘡 ( + ・ - )	部位		
日常生活	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
総合所見	介護老人保健施設入所に対する適否 適 ・ 否 ( )			
上記の通り診断いたします。		平成 年 月 日		
		医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名		

印