

診 断 書

特別養護老人ホーム : なにわ・さくら・アシステンツァ桜川

介護老人保健施設 : 健勝園九条

介護付有料老人ホーム : プラウドコート晴明通・健勝園なんば

氏名	男・女		年	月	日(歳)		
	身長	cm	体重	kg			
住所	連絡先: ()						
既往歴	薬剤禁忌		無・有 ()				
	アレルギー		無・有 ()				
	視力(眼鏡 要・不要)	聴力(補聴器 要・不要)					
	右	左	右	左			
病名 所見 及び 処方内容	血圧(/)						
	胸部所見 胸部X線(直接・間接・デジタル) 胸部CT						
	異常なし						
	異常あり						
	(年 月 日撮影)						
	心電図 所見						
	尿検査	蛋白	糖	潜血	ウロビリノーゲン		
		()	()	()	()		
検査所見	<input type="radio"/> 血液型	Rh()					
	<input type="checkbox"/> HBs抗原		MRSA	無・有(部位:)			
	<input type="checkbox"/> HCV抗体		疥癬	無・有(部位:)			
	<input type="checkbox"/> 梅毒検査		<input type="checkbox"/> その他の伝染性徴候	無・有()			
	<input type="checkbox"/> 赤血球数		<input type="checkbox"/> 血沈	1時間値	mm	2時間値	mm
	<input type="checkbox"/> 白血球数		TP		T-cho		
	<input type="checkbox"/> Hb		Alb		<input type="radio"/> 尿酸		
	<input type="checkbox"/> Ht		AST(GOT)		<input type="radio"/> T G		
	<input type="checkbox"/> 血小板数		ALT(GPT)		BUN		
	<input type="checkbox"/> FBS		<input type="radio"/> Na		Cre		
	<input type="checkbox"/> CRP		K		<input type="radio"/> HbA1c		
介護サービス 利用についての 留意事項 (入浴・食事) (機能障害・麻痺等)							
上記の通り診断します							
住所			年	月	日		
医療機関名							
医師名	(印)						

注意：○印については特別養護老人ホーム △印については老人保健施設には必要ありません。