

## 相馬地域介護保険施設入所に係る診断書

ふりがな 氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生	歳	
住所	〒 _____ TEL ( _____ ) - _____							
現在の 疾病	_____			_____			年 月	
	_____			_____			年 月	
	_____			_____			年 月	
	_____			_____			年 月	
経過							胸部 X 線	
							年 月 日撮影	
								
現症	身長 _____ cm	・体重 _____ kg	血圧 _____ / _____ mmHg					
既往歴 手術歴							所見(有・無)  結核疑い(有・無)  心電図 所見(有・無)	
	_____年 月							
	_____年 月							
使用中の 薬剤	_____年 月							
	_____年 月							
	_____年 月							
処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 褥瘡・創処置 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル( Fr ) <input type="checkbox"/> 人工肛門							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 経鼻・胃ろう・腸ろう ) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 吸引							
	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他							
感染症等	HBs抗原( + - ) HCV抗体( + - ) 梅毒[ _____ ]( + - ) MRSA ( + - )							
障がい高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): <input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 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								
以下の臨床検査については必須ではありません。(血液型以外は過去3か月以内のもの 使用可)								
臨床検査 結果	検査日 年 月 日							
	WBC	/ $\mu$ L	RBC	$10^3/\mu$ L	Hb	g/dL	PLT	$10^3/\mu$ L
	Alb	g/dL	AST	U/L	ALT	U/L	$\gamma$ GT	U/L
	BUN	mg/dL	Cre	mg/dL	eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	Na	mEq/dL
	K	mEq/dL	Cl	mEq/dL	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL
	Glu	mg/dL	HbA1c	%	便潜血	(+・-)		
医師の 意見	施設等利用の可否:   可   否 ( _____ )							
	入浴の留意点 ( _____ )							
	特記事項 ( _____ )							
上記の通り診断する。   住 所 _____ _____年 月 日   医療機関名 _____ _____   医師名 _____   ④ TEL ( _____ ) - _____   FAX ( _____ ) - _____								