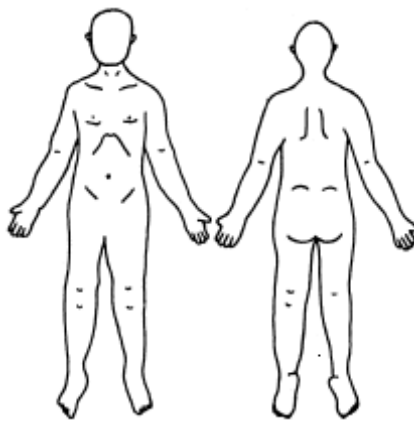


主治医診断書 (入所時)

フリガナ			性別	男 ・ 女			
氏 名			生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
【郵便番号】	【住 所】	【電話番号】					
—			() —				
主病名 1)			発病年月日	年	月	不明	
2)			〃	年	月	不明	
その他病名 1)	2)						
3)	4)						
障害老人の日常生活自立度【寝たきり度】 ☐ ランクJ ☐ ランクA ☐ ランクB ☐ ランクC							
既往歴: 現在までの経過・主症状							
身体 状 況	感 染 症 (有・無)		結核の既往	身長・体重	視力(眼疾患)	聴 力	血 圧
	病名()		有 ・ 無	■			
	病名()		年月()				
	筋 力 低 下		有 ・ 無 (部位:)		程度:)		
	麻 痺	左	有 ・ 無 (部位:)		程度:)		
		右	有 ・ 無 (部位:)		程度:)		
	皮 膚 疾 患		有 ・ 無 (部位:)		程度:)		
	病名()		() ()				
	褥 瘡		有 ・ 無 (部位:)		程度:)		
	拘 縮		有 ・ 無 (部位:)		程度:)		
便失禁 ・ 尿失禁		有 ・ 無 (尿・便 : 時々 ・ 常時)					
アレルギー		有 ・ 無 (薬物名		食物)			
使 用 装 具		有 ・ 無 (部位:)					
検 査 所 見	血液検査		①白血球数() ②赤血球数()X10000 ③ヘモグロビン()g/dl				
	血液型: ()		④ヘマトクリット値()% ⑤ GOT() ⑥ GPT()				
	RH + -		⑦血清総蛋白() g/dl ⑧血清アルブミン()g/dl ⑨ 総コレステロール()				
	【実施年月日】		mg/dl				
	年 月 日		⑩尿素窒素(BUN)()mg/dl ⑪クレアチニン()mg/dl ⑫ 血糖()				
		mg/dl					

検査 所 見	梅毒検査 【実施年月日】 年 月 日		STS 定性 陽性なら TPHA 定性()	 (異常所見があればご記入ください。)
	【HBV】(B型肝炎)HBs抗原定性() 陽性なら HBe 抗原()			
	【HCV】(C型肝炎)			
	胸部X線	撮影:令和 年 月 日 異常なし・異常あり		
	尿検査	尿糖() 蛋白() 潜血() ウロビリノーゲン()		
	心電図 撮影:令和 年 月 日 異常なし・異常あり (主要所見)			
	異常所見を有するその他の検査値 ()			
精 神 状 況	問 題 症 状 【有・無】	(幻覚・妄想・易怒・興奮・暴言・暴力・徘徊・火の不始末・介護抵抗・ 性的逸脱行為・不潔行為・昼夜逆転・異食行為・その他) ()		意思疎通、性格、対人関係(コミュニケーション)
	精神科治療歴			
認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M				
現在の処方内容				
入所(利用)に対するアドバイス(介護・医療)				
医療機関 住所 令和 年 月 日 電話() - 医師氏名 印				