

居宅・施設サービス利用診断書

氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳						
現在の疾病										
既往歴及び障害										
検査所見	血液型	型	生科学検査		クレアチニン		Na		末梢血一般	
	体重	kg	GOT		総蛋白		Cl		白血球数	
	身長	cm	GPT		アルブミン		K		赤血球数	
	血圧	mmHg	γ-GTP		総コレステロール		血清鉄		血色素数	
			尿素窒素		中性脂肪				ヘマトクリット	
心電図:心筋梗塞 ST, T異常 心室性不整脈 特になし その他()									血小板数	
伝染症疾患	肺結核	胸部X-p上	+	-	伝染の可能性: あり・低い	検尿	蛋白		その他	
	MRSA	喀痰・褥瘡・便・尿	+	-	伝染の可能性: あり・低い		糖			
	肺炎	HBS抗原	+	-	伝染の可能性: あり・低い		潜血			
		HCV抗体	+	-	伝染の可能性: あり・低い					
	梅毒	梅毒抗原	+	-	伝染の可能性: あり・低い					
現在の治療内容					処方内容					
リハビリテーション	日常生活動作訓練	可・注意して可・不可・否		注意事項						
	歩行訓練	可・注意して可・不可・否								
認知症状	なし・あり ()									
歩行障害	なし・あり ()									
上下肢機能障害	なし・あり ()									
アレルギー	なし・あり (薬物・食物・その他:)									
褥瘡	なし・あり (部位:)									
介護を受けるにあたっての留意事項										
・血圧について 特になし・あり ()										
・入浴について 特になし・あり ()										
・嚥下について 特になし・あり ()										
・摂取について 特になし・あり ()										
・移動について 特になし・あり ()										
その他特記事項										
上記のとおり診断します。					平成 年 月 日					
所在地 医療機関名 医師名					印					