


診断書 介護医療院 添え木

フリガナ			性別		現住所	〒		
氏名			年齢	歳		電話		
生年月日								
身長:	cm	体重:	kg	標準体重:	kg	BMI:	血圧: /	
認知度	<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							
自立度	<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							
介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中							
現病名								
既往歴								
現病歴								
経過概要								
処方								
注意点 リスク等								
食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 ( )							
排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ							
失禁	<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時		尿道カテーテル		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		人工肛門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )							
麻痺	種類		程度		麻痺備考			
	<input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺		<input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 全麻痺					
	右	上肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					左
下肢		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		下肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

結核	既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	備考
	受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	定期検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

視力 ( )

聴力 ( )

心電図 胸部XP	心電図 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	胸部XP <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 撮影日
		

生化学	
Alb	<input type="text"/> mg/dl
GOT	<input type="text"/> IU/l
GPT	<input type="text"/> IU/l
T-cho	<input type="text"/> mg/dl
BUN	<input type="text"/> mg/dl
Cr	<input type="text"/> mg/dl
Na	<input type="text"/> mEq/l
K	<input type="text"/> mEq/l
Cl	<input type="text"/> mEq/l

梅毒	
RPR定性	( )
RPR定量	( ) 陽性時
TPHA定量	( ) 陽性時

採血時間帯	
<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	
→ 食後 <input type="text"/> 時間	

肝炎検査	
HBs抗原	( )
HBe抗原	( ) 陽性時
HCV抗体	( )

採血は、できるだけ空腹時にお願いいたします。

MRSA保菌検査	
検査部位	( )
検査結果	( )

尿検査	
蛋白	( )
糖	( )
ウロビリノーゲン	( )
潜血反応	( )

血算5種	
WBC	<input type="text"/> / $\mu$ l
RBC	<input type="text"/> $\times 10^4$ / $\mu$ l
Hg	<input type="text"/> mg/dl
Ht	<input type="text"/> %
PLT	<input type="text"/> $\times 10^4$ / $\mu$ l

HbA1c	
<input type="text"/> %	

コメント

診断日	診断
住所	
医師氏名	☎ 電話