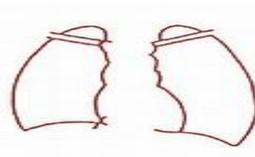


診 断 書

*かかりつけ入通院(所)先の医師が記入の場合、診療情報提供書の記入もお願いいたします。

ふりがな		M・T・S	
氏 名	様 男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所			電話
現 病	病名 (年 月)所見		
	病名 (年 月)所見		
	病名 (年 月)所見		
既 往 歴	病名 (年 月)		胸部X線所見  撮影日 年 月 日
	病名 (年 月)		
	病名 (年 月)		
感 染 症	MRSA (+ ・ -) 疥癬 (+ ・ -)	結 核 (+ ・ -) その他()	
血液検査	血液型 ()	血液アルブミン ()	心電図・心所見 心肥大(+ ・ -) 不整脈(+ ・ -) 虚血性変化(+ ・ -) 聴打診所見
	梅毒反応 (+ ・ -)	クレアチニン ()	
	HBS 抗体 (+ ・ -)	尿素窒素 ()	
	HCV (+ ・ -)	GOT ()	
	赤血球 ()	GPT ()	
	白血球 ()	総蛋白 ()	
	ヘモグロビン ()	血糖 ()	
尿検査	蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()
身 体	身長	体重	
	血压	脈拍 (整・不整)	
	麻痺 (有・無)	部位	
	拘縮 (有・無)	部位	
	褥瘡 (有・無)	部位	
日常生活自立度	障害	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	認知度	自立	I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M
総合所見	介護老人福祉設利用に対する適否 適・否 ()		
上記の通り診断致します。 令和 年 月 日			
医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名			印

特別養護老人ホーム成田苑