

診 断 書

診断書あて先

(手書き入力版 1.2版)


湘南東圏域介護老人保健施設 共通様式 2011.2.1

宛先

御中

申請中(新規・更新中・区分変更)
介護度(要支援・1・2・3・4・5)

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 歳
------------	--	-----	------	-------------

病名 および 発症年月日 1. 2. 3. 4. 5.	血圧 /	体重 kg	身長 cm
既往歴 および 発症年月日 1. 2. 3. 結核の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	現在の処方内容 (点眼薬も含む)		
現在の病気の経過	感染症 検査日 年 月 日 (実際に検査をおこなった日付を記入してください。) HBs抗原 () HCV抗体 () 梅毒 ガラス板法 または凝集法 () TPHA () その他感染症 ()		
医療処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 () <input type="checkbox"/> 留置カテーテル () <input type="checkbox"/> インスリン注射 () <input type="checkbox"/> その他特別な医療 ()	尿検査 検査日 年 月 日 蛋白 () 糖 () 潜血 () 血液生化学 検査日 年 月 日		
心身の状態 障害老人の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知症老人の日常生活自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) (参考)長谷川式簡易痴呆スケール () 点 検査日 年 月 日	白血球数	総蛋白	赤血球数
視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他 () 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物 () <input type="checkbox"/> 食物 () 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	赤血球数	アルブミン	血色素量
身体の状態	ヘマトクリット	尿素窒素	クレアチニン
視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他 () 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物 () <input type="checkbox"/> 食物 () 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	血小板数	AST(GOT)	ALT(GPT)
視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他 () 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物 () <input type="checkbox"/> 食物 () 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	Na	血糖	(糖尿病の場合) HbA1c
視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他 () 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物 () <input type="checkbox"/> 食物 () 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	胸部X線写真 検査日 年 月 日 心胸郭比 () % 所見 		
視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他 () 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物 () <input type="checkbox"/> 食物 () 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	心電図 検査日 年 月 日 心拍数 () 所見		

所在地

年 月 日

名称

医師氏名

印