

診断書

氏名		男・女		生年月日		明・大・昭		年 月 日		歳		
病名 および 発症年月日 1. 2. 3. 4. 5.						血圧		身長		体重		
						既往歴 および 発症年月日 1. 2. 3. 結核の既往 無し 有り						現在の処方内容(点眼、軟膏等を含む)
現在の病気の経過						感染症 検査日 年 月 日 (実際に検査を行った日付けを記入して下さい) HBs抗原() HCV抗体() 梅毒 ガラス板法 または凝集法() TPHA() その他の感染症()						
医療処置	ストーマの処置		在宅酸素療法		気管切開		尿検査		検査日		年 月 日	
	胃瘻・経管栄養		褥瘡の処置		留置カテーテル()		インスリン注射()		蛋白()		糖() 潜血()	
心身の状態	障害高齢者の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)						血液生化学		検査日		年 月 日	
	認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・ a・b・a・b・)						白血球		総蛋白			
	必要時 長谷川式認知症スケール()点						赤血球		アルブミン			
	検査日 年 月 日						血色素量		尿素窒素			
							ヘマトクリット		クレアチニン			
							血小板数		AST(GOT)			
									ALT(GPT)			
身体状況	視力障害		無 有 ()				(糖尿病の場合)		HbA1c			
	聴力障害		無 有 ()				胸部X線写真		検査日		年 月 日	
	言語障害		無 有 ()				心胸郭比()%		所見			
	知覚障害		無 有 ()				心電図		検査日		年 月 日	
	麻痺		無 有 (軽度 中度 重度)				心拍数()		所見			
右片麻痺		左片麻痺										
四肢麻痺		両下肢麻痺										
その他()												
関節の拘縮		無 有										
肩関節		右 左		股関節		右 左						
肘関節		右 左		膝関節		右 左						
アレルギー		無 有										
薬品関係		食品等 ()										
皮膚疾患		無 有		疥癬		無 有						
リハビリ	リハビリ実施の必要性 (無 有)											
	禁忌事項()											

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関
所在地
医師氏名