

# 診 断 書

ケアハウス施設長 様

<small>ふりがな</small>	<small>生年月日</small>	大正・昭和 年 月 日	<small>歳</small>	男・女
氏 名				
住 所				
既 往 歴	<small>現病名・経過</small>			

## 現 病

<small>麻痺 運動障害</small>	あり 上肢(右・左) 下肢(右・左) 体幹 なし	<small>移動</small>	歩行 シルバーカー 歩行器 車椅
<small>精神障害</small>	認知症・徘徊・その他( )	<small>排尿障害</small>	あり( ) なし
		<small>皮膚疾患</small>	あり( ) なし
<small>食事状況</small>	自立 要介助 常食・粥職・きざみ・ミキサー・経管・治療食( )		
<small>栄養状態</small>	良 普通 不良 身長 cm 体重 kg		

## 一般検診

<small>血液型</small>	A B AB O RH ( + ・ - )	<small>ワ氏反応</small>																											
<small>理学所見</small>	心雑音 あり・なし 呼吸音 異常・正常	<small>HBs検査</small>																											
	脈 拍 /分 不整 あり・なし 血圧 /	<small>HCV検査</small>																											
<small>心電図</small>	異常あり( ) なし	<small>伝染性</small>																											
<small>胸部X-p</small>	所見 結核 伝染性あり なし	<small>疾患</small>																											
<small>内服薬処方</small>	<small>その他所見</small>	<small>データがある場合にご記入ください</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><small>白血球</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>赤血球</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>血色素</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>血小板</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>総蛋白</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>ALB</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>TC</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>GOT</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>GPT</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>UN</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>Cre</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>尿蛋白</small></td><td></td></tr> <tr><td><small>糖</small></td><td></td></tr> </table>	<small>白血球</small>		<small>赤血球</small>		<small>血色素</small>		<small>血小板</small>		<small>総蛋白</small>		<small>ALB</small>		<small>TC</small>		<small>GOT</small>		<small>GPT</small>		<small>UN</small>		<small>Cre</small>		<small>尿蛋白</small>		<small>糖</small>	
<small>白血球</small>																													
<small>赤血球</small>																													
<small>血色素</small>																													
<small>血小板</small>																													
<small>総蛋白</small>																													
<small>ALB</small>																													
<small>TC</small>																													
<small>GOT</small>																													
<small>GPT</small>																													
<small>UN</small>																													
<small>Cre</small>																													
<small>尿蛋白</small>																													
<small>糖</small>																													

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

(電 話)

⑩