

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		
				現在の処方内容(点眼、軟膏等を含む)				
既往歴 および 発症年月日 1. 2. 3. 結核の既往 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				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()				
現在の病気の経過								
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			尿検査 検査日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 胃瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置			蛋白() 糖() 潜血()				
心身の状態	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル() <input type="checkbox"/> インスリン注射()			血液生化学 検査日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> その他の特別な医療()			白血球				
視力障害	障害高齢者の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)			赤血球				
	認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)			血色素量				
聴力障害	長谷川式認知症スケール()点			ヘマトクリット				
	検査日 年 月 日			血小版数				
言語障害	長谷川式認知症スケール()点			AST(GOT)				
	検査日 年 月 日			ALT(GPT)				
知覚障害	検査日 年 月 日			血糖				
	検査日 年 月 日			(糖尿病の場合) HbA1c				
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			胸部X線写真 検査日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			心胸郭比()%				
身体状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			所見				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			心電図 検査日 年 月 日				
関節の拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			心拍数()				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			所見				
薬品関係のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
リハビリ	リハビリ実施の必要性 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)							
	禁忌事項()							

上記の通り診断いたします。

年 月 日

医療機関
所在地
医師氏名