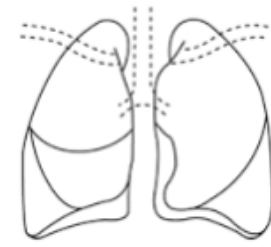


診断書

介護付 有料老人ホーム
憩いの里・大垣

氏名		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)
住所	電話		
病名	現症・現病歴		
既往歴			
現在の処方	感染 症 疾 患	B型肝炎 HBs抗原 () C型肝炎 HCV抗体 () MRSA 陰性・陽性 (検査日) 梅毒 陰性・陽性 (検査日) 検査方法 () 疥癬 無 ・ 有	
	尿	蛋白 糖	潜血 ウビリゲン 検査日 年 月 日
身体 の 状 況	身長: cm 体重: kg 血圧: / mmHg	血液型	総蛋白
	視力障害: 無 ・ 有 ()	赤血球	Alb
	聴力障害: 無 ・ 有 ()	血色素	AST
	言語障害: 無 ・ 有 ()	ハマトクリット	ALT
	麻痺: 無 ・ 単麻痺 (右・左) 片麻痺 (右・左) ・ 対麻痺 ・ 四肢麻痺	白血球	ALP
	四肢拘縮: 無 ・ 有 上肢 (右・左) 下肢 (右・左)	CRP定量	r-GTP
	褥そう: 無 ・ 有 部位 ()	血小板	UA
	管の留置: 無 ・ 有 ()	Tcho	BUN
	人工肛門: 無 ・ 有 ()	TG	CRE
	アレルギー: 無 ・ 有 ()	HDL	血糖
	LDL	HbA1c 検査日 年 月 日	
認知症度 無・有 (軽度・中等度・重度)	胸部所見	異常 無 ・ 有	
認知症に起因する症状・行動等		直接 間接	
●短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	撮影	年 月 日	
●日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断不可			
●自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
●周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項	心電図所見	正常 ・ 境界 ・ 異常	

以上のとおり 診断します。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師名