

診 断 書

| | | | |
|------|--|-----|--------------|
| フリガナ | | 性別 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 |
| 氏 名 | | 男・女 | 年 月 日生(歳) |
| 住 所 | | | |

| | | | | |
|-----|---|---------|-------|---|
| 既往歴 | 1 | (年 月頃) | MRSA | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 2 | (年 月頃) | 結 核 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 3 | (年 月頃) | 糖 尿 病 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 4 | (年 月頃) | 骨 折 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 疾患名 | | | | |
| 現病歴 | | | | |

現 病

| | | |
|---------|---|--|
| 麻 痺 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右半身 <input type="checkbox"/> 左半身 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> その他) | |
| 拘 縮 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部 位:) | |
| 疼 痛 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部 位:) | |
| 褥 瘡 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部 位:) | |
| 視力障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし | |
| 聴力障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし | |
| 言語障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし | |
| 皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部 位:) | |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) | |
| 排尿状態 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル | |
| 排便状態 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 (<input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便) | |
| 精神状態 | <input type="checkbox"/> 認知症(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> その他() | |
| 座位保持 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可能 | |
| 歩 行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可能 | |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者 | 自 立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 |
| | 認知症 | 自 立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M |

| | | | | | | | |
|-------|--|--|----------|--|---------|---------------|--------|
| 血液学検査 | 白血球 | | 尿検査 | 蛋白 | (-・±・+) | 身長 | cm |
| | 赤血球 | | | 糖 | (-・±・+) | 体重 | kg |
| | 血色素 | | | 潜血 | (-・±・+) | 血压 | / mmHg |
| | ヘマトクリット | | 血栓・感染症検査 | 梅毒血清反応 | | STS (- ・ +) | |
| 血液型 | | TPHA (- ・ +) | | | | | |
| AST | | HBs抗原 | | (- ・ +) | | | |
| ALT | | HBs抗体 | | (- ・ +) | | | |
| Na | | HCV II 抗体 | | (- ・ +) | | | |
| K | | MRSA | | (- ・ +) | 検出箇所 | | |
| Cl | | 心電図所見 | | 撮影日 令和 年 月 日 | | | |
| BUN | | 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | 胸部X線所見 | | | |
| CRE | | | | 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | |
| T-cho | | | |  | | | |
| TP | | | | | | | |
| Alb | | | | | | | |
| FBS | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 医師所見 | | | | | | | |
| 処方内容 | 他科受診状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (科) | | | | | | |

令和 年 月 日

住所

医療機関名

医師

科

印