

# 入所・通所診断書

フリガナ		性別	生年月日	年齢
名前		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
住所				
要介護度	要介護状態区分( 1・2・3・4・5 )	血压	/ mmHg	脈拍 /分
	要支援状態区分( 1・2 )	聴力	普通・不自由・難聴(軽度・中等度・重度)	
身長	cm	体重	kg	検尿
心電図				
胸部X線	 直接・間接・透視		感染症	
			HBs抗原( )      MRSA(鼻腔咽頭)( ) HCV抗体( )      疥癬( )※ 梅毒( )      結核菌PCR( )※ ※検査可能な場合、記入してください	
既往歴	①	血液検査		
	②			
	③			
	④			
	⑤			
現在の傷病	①			
	②			
	③			
	④			
	⑤			
WBC(×10 <sup>2</sup> /μL)      TG(mg/dL) RBC(×10 <sup>4</sup> /μL)      BUN(mg/dL) Hb(g/dL)      Cr(mg/dL) HT(%)      UA(mg/dL) Plt(×10 <sup>4</sup> /μL)      Na(mEq/L) TP(g/dL)      K(mEq/L) ALB(g/dL)      Cl(mEq/L) T-Bil(mg/dL)      Glu(mg/dL) AST(U/L)      HbA1C(%) ALT(U/L)      CRP(mg/dL) ChE(U/L)      NT-proBNP(pg/mL) LDH(U/L)      eGFR(ml/min/1.73m <sup>3</sup> ) T-Cho(mg/dL)				
現病歴(臨床経過、合併症について注意点等記入してください)				
現在の治療、投薬内容				
特記事項(問題行動等があれば具体的に記入してください)				
現在の状況	運動機能障害	有( )・無		
	移動方法	独歩・補装具・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		
	痴呆	有(軽度・中程度・重度)・無		
	食事	自立・半介助・全介助・特別食 要( )・不要		
	排泄	自立・ポータブルトイレ・尿器・全介助(オムツ)		
褥瘡	有( )・無			
リハビリテーション	不要・要	関節可動域訓練・筋肉強化訓練・歩行訓練 物理療法( )・その他( )		
上記の介護老人保健施設利用希望者の診療情報を提供します。 平成 年 月 日				
住所				
医療機関名				
主治医名	印			