

恵愛荘入所時診断書

フリガナ				性 別	男 ・ 女
氏 名				生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
住 所				T E L	
機能障害の有 無	視覚	聴覚	意思疎通（理解力：有・無・少し） （意思表示：可能・多少・不可能） （会話：可能・多少・不可能）		身長 cm 体重 kg
現 在 症	呼吸器 結核性疾患 a. 打診聴診 b. X線		皮膚疾患	有・無	
			褥瘡	有・無（部位 ） （程度： ）	
			拘縮	有・無（部位 ） （程度： ）	
	循環器			栄養状態	
	消化器			むくみ	
	アレルギー疾患	有・無			
既往歴	治療中の疾病 及び治療経過 (処方書類添付可)				
精神状況	精神科治療歴 問題行動（有・無）：幻視・幻聴・被害妄想・易怒・興奮・暴言・暴力・徘徊・介護抵抗・不潔行為・ 昼夜逆転・異食症・拒薬（その他） 障害高齢者の日常生活自立度（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2） 認知症高齢者の日常生活自立度（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M）				
感 染 症	HBs抗原（ ） HCV抗体（ ） TPHA法（ ） MRSA（ ） その他				
検 査	血圧 ～ mmHG				
（検査データの添付可）	血液 血糖値（ ）アルブミン（ ）ヘモグロビン（ ）総コレステロール（ ）LDL（ ）HDL（ ）中性脂肪（ ）				
	尿 蛋白（ ） 糖（ ） ウロビリノーゲン（ ）				
入所における指示又は注意事項	便 サルモネラ（ ） 赤痢（ ） O-157（ ）				
	上記の通り診断いたします				
住所：	令和 年 月 日				
病院名：	TEL：				
	医師名：				