

診 断 書

(ケアホーム ロイヤル神埼 入所用)

住 所					
フリガナ					
氏 名					
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生(歳)	男・女
病名①		年	月	日	発症
病名②		年	月	日	発症
病名③		年	月	日	発症
病名④		年	月	日	発症
病名⑤		年	月	日	発症
現 病 歴					
現在の内服薬	既 往 歴	高血圧	<+・->	歳頃	
		糖尿病	<+・->	歳頃	
		脳出血、脳梗塞	<+・->	歳頃	
		心筋梗塞	<+・->	歳頃	
		気管支喘息	<+・->	歳頃	
		結核	<+・->	歳頃	
		その他	<+・->	歳頃	
日常生活動作の状況					
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	起座	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体障害の状況					
麻痺(有・無)(右・左)		嚥下障害(有・無)			
精神状態・長谷川式スケール< 点> (重度・中度・軽度)					
・ 記憶障害 (重度・中度・軽度)					
・ 失見当 (重度・中度・軽度)					
・ 心気症状 ・ 不安 ・ 焦燥 ・ 抑うつ状態 ・ 興奮					
・ 幻覚 ・ 妄想 ・ せん妄 ・ 睡眠障害					
特記事項及びその他					
要介護度					
要支援< 1・2 >		要介護< 1・2・3・4・5 >			

※精神状態は該当箇所に○をつけて下さい。

血液検査(半年以内のデータをお願いします。貴院で検査される範囲で結構です。)					
検査日		平成 令和 年 月 日	検査項目	結 果	単 位
全身	検査項目	結 果	単 位	貧 血	鉄
	総蛋白		g/dL		μg/dL
	アルブミン		g/dL	TIBC	μg/dL
	A/G比			UIBC	μg/dL
心臓	NT-proBNP		pg/mL	心電図所見	
肝臓・胆管	AST(GOT)		U/L	記録: 平成 令和 年 月 日	
	ALT(GPT)		U/L		
	LD(LDH)		U/L		
	ALP		U/L		
	γ-GT(γ-GTP)		U/L		
	総ビリルビン		mg/dL		
膵臓	血清アミラーゼ		U/L	胸部X線写真	
血糖	血糖		mg/dL	撮影: 平成 令和 年 月 日	
	HbA1c(NGSP)		%		
脂質	総コレステロール		mg/dL	頭部CT検査	
	HDL-コレステロール		mg/dL		
	LDL-コレステロール		mg/dL		
腎臓	中性脂肪		mg/dL	撮影: 平成 令和 年 月 日	
	尿素窒素		mg/dL		
	クレアチニン		mg/dL		
	eGFRcreat		mL/min/1.73m ²		
痛風	尿酸		mg/dL		
電解質	ナトリウム		mEq/L	撮影: 平成 令和 年 月 日	
	クロール		mEq/L	*梅毒	RPR法 (+-)
	カリウム		mEq/L	*HBs抗体	(+-)
その他	白血球数		/μL	HCV抗体	(+-)
	赤血球数		×10 ⁴ /μL	HBs抗原	(+-)
	血色素量		g/dL	※PT活性	
	ヘマトクリット値		%	結核性疾患	
	MCV		fL	MRSA感染症	
	MCH		pg	疥癬	
	MCHC		%	身長	cm
血小板数		×10 ⁴ /μL	体重	kg	
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日			備 考 欄		
医療機関名			入院治療 必要あり・必要なし		
住 所			(在宅の人のみ記入)		
☎					
医 師			退院可否 退院可能・退院不可		
印			(入院中の人のみ記入)		

* データがある場合にはご記入下さい。
※ワーファリンを服用している場合のみご記入下さい。