

診 断 書

介護老人福祉施設 駒草の郷

ふりがな 氏名	様	男 女	M・T・S 年 月 日生(歳)
住所	〒 (tel)		

主病名および合併症 (病状の重いものから順に書いてください)	発症日
現病歴 (治療経過)	
既往歴	

現 症

麻 痺	有・無	右(上肢・下肢) 左(上肢・下肢)
関節拘縮	有・無	(部 位)
疼 痛	有・無	(部 位)
排尿状態	正常・頻尿・失禁(オムツ使用)・留置カテーテル	
浮 腫	有・無	(部 位)
褥 瘡	有・無	(部 位・大きさ)
皮膚疾患	有・無	(部 位)
視力障害	有・無	()
聴力障害	有・無	()
言語障害	有・無	()
精神状態	正常・痴呆	(軽度 中度 重度)

身長:	cm	血液型:	型 (RH -・+)	胸部 X 線 撮 影	
体重:	kg	血 圧:	-	令 和 年 月 日	
感 染 症 項 目	結 核 の 既 往	無・有 (年)		直 接 ・ 間 接	
	梅 毒 血 清 反 応	方 法 (- ・ +)			
	H B V	H B s 抗 原 (- ・ +) ※ H B s 抗 原 (+) の 場 合 、 H B e 抗 体 の 検 査 を お 願 い し ま す 。 ⇒ H B e 抗 体 (- ・ +)			
	H C V	H C V 抗 体 (- ・ +) ※ H C V 抗 体 (+) の 場 合 、 H C V - R N A の 検 査 を お 願 い し ま す 。 ⇒ H C V - R N A ()			
一 般 検 査 項 目	心 電 図	異 常 所 見 : 無 ・ 有 ()	栄 養 状 態	良 ・ 中 ・ 不 良	
	血 液 検 査	赤 血 球		ヘマトクリット	T C H
		白 血 球		G O T	クレアチニン
		ヘモグロビン		G P T	空腹時血糖
		N a		K	C l
尿 検 査	蛋 白		糖	潜 血	
皮 膚 疾 患	無 ・ 有 ()				
医 師 の 所 見	診 断 書 項 目 の 他 、 臨 床 上 問 題 が あ る 場 合 、 参 考 検 査 デ ー タ 等 を お 知 ら せ 下 さ い 。 ま た 、 胸 部 X 線 写 真 (コ ピ ー) お よ び 骨 折 等 の 疾 患 の 場 合 は 、 そ の 部 位 の 最 終 の X 線 写 真 (コ ピ ー) の 添 付 も お 願 い し ま す 。				
処 方 内 容	※ 他 科 受 診 状 況 無 ・ 有 (科)				

令 和 年 月 日 住 所

医 療 機 関 名

医 師

印