

# 診 断 書

介護老人保健施設 田沢の郷

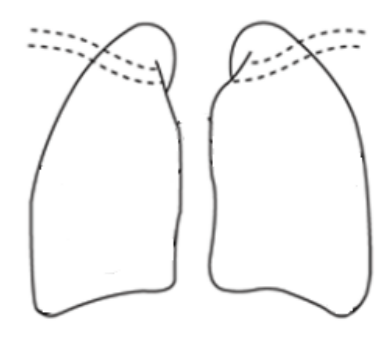
ふりがな 氏名		男	大正・昭和	
	様	女	年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒 (tel)			

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・認知症 ( 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 )			
	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	<p>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。</p>				
処 方 内 容	<p>※他科受診状況 無・有 ( 科)</p>				



令和 年 月 日 住 所

医療機関名

医 師

印