

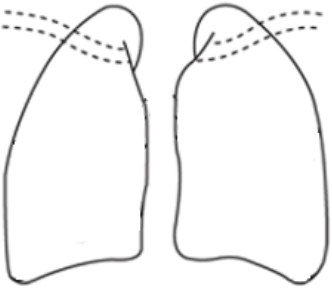
診 断 書

介護老人保健施設 田沢の郷

ふりがな 氏 名	様	男 女	大正 ・ 昭和 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	無 ・ 有 右（上肢・下肢） 左（上肢・下肢）
関節拘縮	無 ・ 有 （ 部 位 ）
疼 痛	無 ・ 有 （ 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	無 ・ 有 （ 部 位 ）
褥 瘡	無 ・ 有 （ 部 位 ・ 大きさ ）
皮膚疾患	無 ・ 有 （ 部 位 ）
視力障害	無 ・ 有 （ ）
聴力障害	無 ・ 有 （ ）
言語障害	無 ・ 有 （ ）
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:		— mmHg	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-RNA の検査をお願いします。⇒ H C V-RNA ()						
一 般 検 査 項 目	心 電 図	異 常 所 見 ： 無 ・ 有 ()					異常所見： 無 ・有() ※コピーの添付もお願いします。	
	検 査 日	令和 年 月 日						
	血 液 検 査	白 血 球(千)		G O T (IU)		Na (mEq/l)		
		赤 血 球(万)		G P T (IU)		K (mEq/l)		
		ヘモグロビン (g/dℓ)		TCH (mg/dℓ)		C l(mEq/l)		
		ヘマトクリット (%)		クレアチニン (mg/dℓ)		空腹時血糖 (mg/dℓ)		
	検 査 日	令和 年 月 日						HbA1c(%) (糖尿病既往者)
	尿 検 査	蛋 白 () ・ 糖 () ・ 潜 血 ()						
検 査 日	令和 年 月 日							
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。							
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