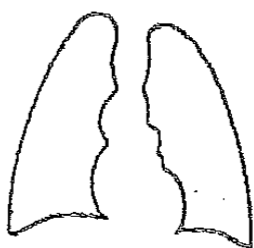


# 診 断 書

フリガナ		生年 月日			性別
氏名				才	
住所	〒 ( ) -				
既往歴					
現病歴	主病： 合併症：				

現 症

麻痺	あり ・ なし	上肢 右 ・ 左	下肢 右 ・ 左
関節硬直	あり ・ なし	部位	
疼痛	あり ・ なし	部位	
足変形	あり ・ なし		
老人性振頭	あり ・ なし		
排泄状態	正常 頻尿		
	失禁 (オムツ使用 有 ・ 無 カテーテル使用 有 ・ 無 )		
褥瘡	あり	(大きさ: 数: )	・ なし
精神状態	1) 正常 2) やや弛緩 3) かなり弛緩 4) 異常 (疑いを含む)		
問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (該当する項目全てチェック) (有の場合) <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抗火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊		

検    査	梅毒血清反応	方法	性	胸部X線 令和 年 月 日撮影
	B型肝炎			【3ヶ月以内のもの】 
	C型肝炎			
	血液型		型	
一  般	視診			
	聴診	心音 (純 ・ 不純) 不整脈 ( )		
検  査	栄養状態	栄養 (良 ・ 中 ・ 不良) 肥満度 (特大 ・ 大 ・ 中 ・ 小)		
	浮腫			
検  査	尿定性検査	蛋白 ( - ・ 土 ・ + ・ ++ ) 糖 ( - ・ 土 ・ + ・ ++ ) ph( ) ウロビリノーゲン ( - ・ 土 ・ + ・ ++ ) 潜血 ( - ・ 土 ・ + ・ ++ )		
	血圧測定検査	最大値 ( )	mmHg	
		最小値 ( )	mmHg	
現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他( )				
医  師  の  所  見	入院加療	要 否	伝染性疾患	有 ・ 無
(特別養護老人ホーム利用上の留意点があったら記入してください。)				
令  和  住  所  医  療  機  関  医  師  氏  名	令和 年 月 日			現在の処方
				Ⓜ

※この診断書は老人ホームへの入所契約時に持参する診断書です。 該当するものに○で記入して下さい。