

診 断 書

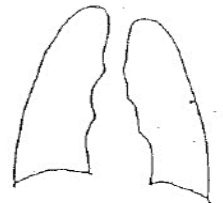
フリガナ		生年月日	年 月 日 歳	男・女
氏名				
住所				
病名		合併症		
既往歴				
現病歴				

現 症

麻 痺	あり	なし	右 上肢	右 下肢	左 上肢	左 下肢
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 尿 状 態	正 常	頻 数	困 難	閉 尿	失 禁	
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)					
褥 瘡	あり	なし	大きさ	数		

注 意

- この診断書はケアハウス入所申込所に添付する診断書です。
- 該当するものを○で記入して下さい。
- 住所は現在入院中の場合は、病院所在地名、病院名と自宅とを併記して下さい。

検 査	梅毒血清反応	方法	胸部X線写真 (直接・関節)	令和 年 月 日 撮 影	
	血液型				
一 般 検 査	診 察 所 見				
	栄 養 状 態	栄 養 (良 ・ 中 ・ 不 良) 身長 cm 体重 kg 標準体重 kg 肥満度 %			
	浮 腫				
	尿定性検査	蛋 白 (- + ++ +++) 糖 (- + ++ +++) ウロビリノーゲン (- ++ +++)			
血 圧 測 定 検 査	最大値 ()mmHg				
	最小値 ()mmHg				
医 師 の 所 見	入 院 加 療	要 ・ 否	伝 染 性 疾 患	有 ・ 無	
(ケアハウス入所の適格性についても記入してください。)					
令和 年 月 日					
住 所 医師名					㊞