診　断　書

フリガナ 氏　名		生年 月日	年　　月　　日	歳	男・女
住　所					
病　名		合併症			
既往歴					
現病歴					

現　症

麻　　痺	無　・　有　　上肢　右　・　左　　下肢　右　・　左
関節硬直	無　・　有　　部位
疼　　痛	無　・　有　　部位
移　　動	独歩　補助具　車椅子（　自立　・　一部介助　・　全介助）　車椅子使用困難
食事状況	良好　・嚥下障害　・　経管栄養　（食事制限　　）
排泄状態	正常　頻尿　失禁　（オムツ使用　無・有　カテーテル使用　無・有）
精神状態 （認知症有無）	無　・　有　（　軽度　・　中度　・　高度　・　異常　） 有る場合、その状態
睡　　眠	良　・　不良　（　眠剤使用　無　・　有　）
褥　　瘡	無　・　有　（　部位　　大きさ　　（　　度）　）

注　意

1.この診断書は、グループホーム望海の家入居申込書に添付する診断書です。

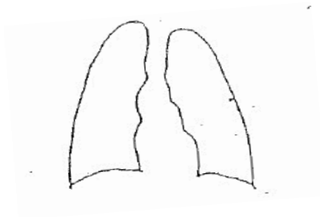
2.該当するものを〇で記入してください。

3.住所は現在入院中の場合は、病院所在地名、病院名と自宅を併記してください。

検査

血液型　（　　型）
HBs抗原　（　－　・　＋　）
HCV抗体　（　－　・　＋　）
WaR　（　－　・　＋　）
MRSA　（　－　・　＋　）
その他感染症　（　－　・　＋　）

胸部X線写真　　撮影日　令和　　年　　月　　日



所見

血液検査

WBC	/μℓ
RBC	万/μℓ
Hb	g/dℓ
Ht	%
Plt	万/μℓ

ECG所見

結核の既往　（有・無）

生化学検査

T．P	g/dℓ	Na	mEq/ℓ
alb	g/dℓ	K	mEq/ℓ
T．Bil	mg/dℓ	Cl	mEq/ℓ
AST	IU/ℓ	T・cho	mg/dℓ
ALT	IU/ℓ	T・G	mg/dℓ
LDH	IU/ℓ	クレアチニン	mg/dℓ
Alp	IU/ℓ	BUN	mg/dℓ
γ-GTP	IU/ℓ	eGFR	ml/min/1.73㎡

一般検査

栄養状態　　良　・　中　・　不良
身　　長　　cm　　体重　　kg
血　　圧　　/　　mmHg

過去５年以内に
肺炎球菌ワクチン注射ありますか。
有　・　無

医師の所見

（グループホームの望海の家　入居の適格性についてもご記入下さい）

ADL（日常生活動作）

食　事　　自立・一部介助・全介助
排　泄　　自立・一部介助・全介助
入　浴　　自立・一部介助・全介助
更　衣　　自立・一部介助・全介助

処方内容

令和　　年　　月　　日
住　　所
医療機関名
医師氏名

ご協力ありがとうございました。　　グループホーム望海の家　　TEL（0184）28-4855