

稲沢市医療・介護サービス共通診断書

フリガナ 氏名		性別	生年月日 年 月 日
住所	TEL		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
身長	cm	体重	kg
血圧	mmHg		
現病名	①	年 月	既往歴
	②	年 月	
	③	年 月	
	④	年 月	
	⑤	年 月	
病状の経過			処方内容
胸部X線	撮影日: 年 月 日	 所見:	心電図
	肺結核既往: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
血液検査	検査日: 年 月 日	※約3か月以内の検査結果があれば転記可	
	GOT IU/l	GPT IU/l	r-GTP IU/l
	ALB g/dl	LDL-コレステロール mg/dl	TG mg/dl
	Hb g/dl	CRE mg/dl	HbA1c %
尿検査	蛋白 () 糖 () 潜血 ()	ウロビリノーゲン ()	
感染症	検査日: 年 月 日	※過去の検査結果があれば転記可	
	HBs抗原 ()	HCV抗体 ()	
	TPHA ()	MRSA ()	
皮膚疾患 (含褥瘡)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()	アレルギー (食物・薬)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()
視力	日常生活に支障 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	聴力	日常生活に支障 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
特記事項 ※ 長谷川式の検査結果があれば記入			

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医療機関名

医師氏名

印

※ 診断書の有効期間は原則6か月(但し、状態が変化した場合は再作成が必要)