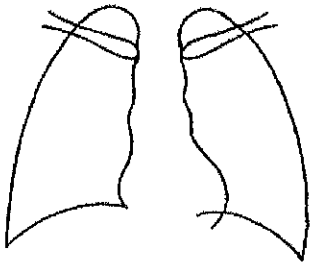


入 所 診 断 書

| | | | | |
|------------------------|--|--|---|---------------------------------|
| 氏 名 | 男 ・ 女 | 大正・昭和 年 月 日 (歳) | | |
| 住 所 | | 要介護度 () | | |
| 診 断 事 項 | | | | |
| 身 長 | ()cm | 胸 部 所 見 |  | |
| 体 重 | ()kg | ・異常なし ・異常あり (直接 ・ 間 接) | | |
| 視 力 | 右 良い・普通・悪い | | | |
| | 左 良い・普通・悪い | | | |
| 眼 疾 患 | 無・有() | | | |
| 聴 力 | 普通 ・ 不自由 ・ 不可 | | | |
| 言 語 | 普通 ・ 不自由 ・ 不可 | | | |
| 認 知 症 状 | 無・有(重 ・ 中 ・ 軽) | | | |
| (具 体 例) | | | | |
| 血 圧 | | | | |
| 四 肢 運 動 機 能 | 麻 痺： ・左上肢 ・左下肢 ・右上肢 ・右下肢 関 節 拘 縮： ・左上肢 ・左下肢 ・右上肢 ・右下肢 筋 力 低 下： ・左上肢 ・左下肢 ・右上肢 ・右下肢 | | 心 電 図 | 所 見 |
| 皮 膚 疾 患 | 無 ・ 有() | (月 日) | ・異常なし | |
| 褥 瘡 | 無 ・ 有() | | ・異常あり | |
| 病 歴 | 発症日 | 年 月 | (処 方 内 容) | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| | 発症日 | 年 月 | | |
| 血 液 検 査 (月 日) 実 施 | <input type="checkbox"/> 白血球 () | <input type="checkbox"/> 総コレステ () | <input type="checkbox"/> HBs抗原 () | <input type="checkbox"/> ワ氏 () |
| | <input type="checkbox"/> 赤血球 () | <input type="checkbox"/> 尿素窒素 () | <input type="checkbox"/> HCV抗体 () | <input type="checkbox"/> 疥癬 () |
| | <input type="checkbox"/> ヘモグロビン () | <input type="checkbox"/> クレアチニン () | | <input type="checkbox"/> 血型 () |
| | <input type="checkbox"/> ヘマトクリット () | <input type="checkbox"/> 尿 酸 () | | <input type="checkbox"/> Rh () |
| | <input type="checkbox"/> 血小板 () | <input type="checkbox"/> 中性脂肪 () | <input type="checkbox"/> その他() | |
| | <input type="checkbox"/> 血清蛋白 () | <input type="checkbox"/> Na () | 備考 | |
| | <input type="checkbox"/> アルブミン () | <input type="checkbox"/> K () | | |
| | <input type="checkbox"/> G O T () | <input type="checkbox"/> 空腹時血糖 () | | |
| | <input type="checkbox"/> G P T () | <input type="checkbox"/> CRP () | | |
| | | | | |
| 尿 検 査 | 糖 () 蛋白 () 潜血 () | | | |
| 上記の通り診断します | | 年 月 日 | | |
| 住所 | | | | |
| 医療機関名 | | | | |
| 医師名 | | | | |