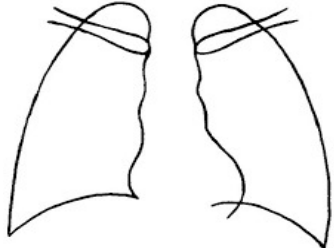


# 入 所 診 断 書

氏 名	男・女	M・T・S	年	月	日生	( 歳)	
住 所							
診 断 事 項							
身 長	( )cm 測定不可	胸 部 所 見					
体 重	( )kg 測定不可						
視 力	右  良い・普通・悪い						・異常なし
	左  良い・普通・悪い						
眼 疾 患	無・有 ( )						・異常あり
聴 力	普通・不自由・不可						
言 語	普通・不自由・不可						
認知症状 (具体例)	無・有(軽・中・重) ( )						( 直接・間接 )
血 圧	/						
四肢運動機能	麻 痺	右  無・有	心 電 図	所 見			
		左  無・有					
皮膚疾患	無・有 ( )		( 月 日)	・異常なし ・異常あり			
褥 瘡	無・有 ( )						
主 病 名 病 歴 及び 治 療 内 容 (投薬・処置)	(病名・病歴)		(処方内容)				
既 往 歴							
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"/> M R S A ( )	<input type="checkbox"/> 血液型 ( )			
	<input type="checkbox"/> ヘマトクリット ( )	<input type="checkbox"/> 尿 酸 ( )		<input type="checkbox"/> R H ( )			
	<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"/> C R P ( )					
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			印				