

診 断 書

| | | | | | |
|------------|-------|------|--------|---|-----|
| フリガナ 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生 | 歳 | 男・女 |
| 住所 | | | | | |
| 既往歴 | | | | | |
| 現病歴 | 治療経過： | | | | |
| | 処方内容： | | | | |

《 現 症 》

| | |
|----------|----------------------------------|
| 麻痺 | なし・あり（部位： |
| 間接硬直 | なし・あり（部位： |
| 浮腫 | なし・あり（部位： |
| 膝変形 | なし・あり（部位： |
| 失調・不随意運動 | なし・あり |
| 排泄状態 | 正常・頻数・便秘症〔下剤服用（なし・あり）〕・失禁（なし・あり） |
| 精神状態 | 正常・やや弛緩・かなり弛緩・不適応行動（なし・あり） |
| 筋力低下 | なし・あり（部位： 程度： |
| 皮膚疾患 | なし・あり（部位： |

※ お問い合わせ

1. この診断書はケアハウス「樹海の里」使用申込書に添付する診断書です。
2. 該当するものを○で囲んで下さい。また、ありの場合は詳しく記入して下さい。
3. 住所は現在入院中の場合は病院住所地、病院名と自宅とを併記して下さい。
4. MRSAについても、検査結果を記入して下さい。

| | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|------------------|-------------------|----|
| 検査 | HB抗原 | + | - | 胸部X線写真 (直接・間接) | |
| | HW { ガラスパン TPHA | + | - | | |
| 検査 | 血液型 | 型 | Rh | 年 月 日 撮 影 | |
| | M R S A 感 染 | 喀痰 () 尿 () 年 月 日 | | | |
| 一般検査 | 診 察 所 見 | | | | |
| | 栄 養 状 態 | 栄 養 (良 中 不 良) | | | |
| 一般検査 | | 身長 | cm | ・ 体重 | kg |
| | | | | ・ 標準体重 | kg |
| 一般検査 | 視 力 | 普通 ・ 弱視 ・ 老眼鏡使用 (なし ・ あり) | | | |
| | 聴 力 | 普通 ・ 大声で聞こえる ・ 難聴 ・ 補聴器使用 (なし ・ あり) | | | |
| 一般検査 | 言 語 ・ 会 話 | 普通 ・ 不明瞭 | | | |
| | 尿 定 性 検 査 | 蛋白 (- + 2+ 3+) | 細菌 (- + 2+ 3+) | | |
| 糖 (- + 2+ 3+) | | | | | |
| ウロビリノーゲン (- + 2+ 3+) | | | | | |
| 一般検査 | 血 圧 | 最大値 () | mmHg | | |
| | 測 定 検 査 | 最小値 () | mmHg | | |
| 一般検査 | 入 院 加 療 | 有 ・ 無 | 感 染 性 疾 患 | 有 ・ 無 | |
| | 医師の所見 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 住 所 | | | | | |
| 医師名 ㊟ | | | | | |