


施設利用時診断書

介護療養型老人保健施設びおら・介護老人保健施設びおら

氏名			男 ・ 女
			明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
住所	〒		
病名			
既往歴 (発症時期)	・ (年 月 日頃)	その他	
	・ (年 月 日頃)		
	・ (年 月 日頃)		
	・ (年 月 日頃)		
麻痺・拘縮	上肢 ()		
	下肢 ()		
身長・体重	cm	kg	血圧 / mmHg
尿検査	糖 () 蛋白 () ウロビリノーゲン () 潜血 ()		
血液検査	RBC () WBC () Hb () Ht () GLU() HbA1C() GOT () GPT() γ GTP() TG() T.CH() BUN() ※結果添付でも可 Cr() TP() Alb() Na() K() Cl()		
感染症	HCV 抗体 () HBs 抗原 () その他 () MRSA()		
心電図			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃瘻 (種類) ・最終交換日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経鼻径管 ・抜管器具 あり ・ なし		
尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終交換 /)		
現症	<input type="checkbox"/> 明らかな異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (下記)		
定期検査の必要性	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		

処方	
胸部X線検査 ※写真添付を御願 いします。	撮影日 年 月 日 (直接 ・ 間接 No,)  異常 (有 ・ 無)
その他特記すべき事項 禁忌・注意事項	
精神症状	<input type="checkbox"/> 不穏 (昼 ・ 夜) <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 抑鬱 <input type="checkbox"/> その他 ()

診察医師

診察年月日

年 月 日

住所

氏名

Ⓔ

電話

() -