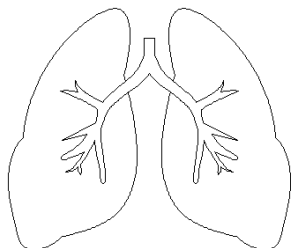


入所診断書

フリガナ				性別	男・女
氏名				性 別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)				
住所	岐阜県	TEL			
病名					
既往歴					
現病歴					
現在の処方					
痴呆	有・無	程度	軽度・日常生活に支障・目を離せない		
認知能力	自立・いくらか困難・見守りが必要・判断できない				
意思伝達能力	伝えられる・いくらか困難・具体的要求だけ・伝えられない				
問題行動	有・無	幻視・幻聴・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・徘徊・介護への抵抗・火の不始末・不潔行為・異食行動・性的問題行動			
精神・神経症状	有・無	失語・構音障害・せん妄・傾眠傾向・失見当識・失認・失行			
四肢機能障害	有・無	部位			
チューブ類留置	有・無	種類	尿管カテーテル・鼻腔カテーテル・胃ろうチューブ・気切カテーテル		
A	移動	自立・要監視・介助歩行・車イス・ベッド・寝返り不可			
	食事	自立・配膳のみ要・一部介助・全面介助・経管栄養			
D	排泄	自立・ポータブルトイレ・一部介助・全面介助			
	オムツ	無・夜間のみ・終日使用			
L	入浴	自立・見守り要・介助・特殊入浴・清拭のみ			
視力	普通・不自由・失明	聴力	普通・不自由・不可	言語	普通・不自由・不可
褥 ぞ う	有・無	部位			
伝染性皮膚疾患	有・無	病名			
アレルギー	有・無	種類			

血液検査	検査実施	平成 年 月 日 (1年以内のデータ)			
	白血球		赤血球		血色素
	Ht		血小板		GOT
	GPT		LDH		ALP
	総蛋白		尿素窒素		クレアチン
	CRP		総コレステロール		
	血糖		Na		K
	HB抗原		HCV抗体		TPHA
尿検査	平成 年 月 日	蛋白	糖	潜血	
結核菌	平成 年 月 日	塗抹	培養		
M R S A	平成 年 月 日	部位			
心電図所見(平成 年 月 日検査)			胸部X線所見(平成 年 月 日)		
					
その他の特記事項(家庭状況等)					
上記のとおり診断します。平成 年 月 日 医療機関： _____					
医師氏名 _____ 印					

備考

印の検査項目は、疑いのある場合に記入して下さい。
この診断書は、当施設入所判定会議において使用いたします。
初回の入所で病名によっては自費による検査もありますのでご了承願います。