

# 診 断 書

氏 名	性別 男・女
住 所	
生年月日 明・大・昭 年 月 日( 歳)	

疾患名	1.	年	月	日	頃発症
	2.	年	月	日	頃発症
	3.	年	月	日	頃発症
	4.	年	月	日	頃発症
	5.	年	月	日	頃発症

既往歴	1.	年	月	日	頃発症
	2.	年	月	日	頃発症
	3.	年	月	日	頃発症
	4.	年	月	日	頃発症
	5.	年	月	日	頃発症

血 圧	~ mmHg	胸部エックス線写真所見(直接・間接) 平成 年 月 日 
脈 拍	回/分 不整(有・無)	
打 診	心音(純・不純) 不整脈( )	
尿検査	蛋白( )糖( )ウロビリノーゲン( )潜血( )	

血液検査	白血球( ) 赤血球( ) 血色素( ) ヘマトクリット( ) 血小板( ) 血糖( ) GOT( ) GPT( ) γ-GTP( ) 血清アルブミン( g/dl) HbA1c( ) Wa(+・-) HBs(+・-) HCV(+・-)	心電図所見 平成 年 月 日 CT・MRI所見 平成 年 月 日
	感染症 無・有( ) ※特にMRSA・緑膿菌・疥癬等	

認知症	有・無	推定発症時期	年 月 頃
-----	-----	--------	-------

精神症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( )
------	--

処 方	(他科受診によるものもご記入下さい)
-----	--------------------

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	: 自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
入 浴	可・否	機能訓練	可・否					

備 考	
-----	--

医療機関の名称	診断年月日 平成 年 月 日	
	医師名	印