


介護老人保健施設 アットホーム宮の渡し 入所・通所診断書

フリガナ			性別	生年月日			年齢
			男・女	明・大・昭	年	月	日
住所							
身長	cm	体重	kg	血压	/	mmHg	脈拍
視力	右 . (.)	左 . (.)	聴力	普通・不自由・難聴(軽度・中等度・重度)			
検尿	蛋白 () 糖 () 潜血 () ウロビリ ()						
心電図				感染症	HBs抗原() 疥癬()		
胸部X線	 直接・関節・透視				HCV抗体() 結核菌PCR()		
				MRSA(鼻腔咽頭)() 梅毒()			
既往歴	①			血液検査	WBC		ChE
	②				RBC		BUN
	③				Hb		UA
	④				Plt		Cr
	⑤				TP		Na
					ALB		Cl
					AST		K
現在の傷病	①			ALT		Glu	
	②			LDH		HbA1C	
	③			Tcho		CRP	
	④			TG			
	⑤			特記事項(問題行動等があれば具体的に記入してください)			

現病歴(臨床経過、合併症について注意点等記入してください)

現在の治療、投薬内容

現在の状況	運動機能障害	有()・無
	移動方法	独歩・補装具・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー
	痴呆	有(軽度・中程度・重度)・無
	食事	自立・半介助・全介助・特別食 要()・不要
	排泄	自立・ポータブルトイレ・尿器・全介助(オムツ)
	褥瘡	有()・無
リハビリテーション	不要・要	関節可動域訓練・筋肉強化訓練・歩行訓練 物理療法()・その他()

上記の介護老人保健施設利用希望者の診療情報を提供します。

平成 年 月 日

住所
医療機関名
主治医名

印