

入所時診断書

介護老人保健施設 ハーモニー

ふりがな				生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		
利用者氏名	男・女						
住所							
傷病名	発症時期		既往歴				
・	年 月 日(頃)						
・	年 月 日(頃)						
・	年 月 日(頃)						
・	年 月 日(頃)						
・	年 月 日(頃)						
経過治療歴 及び問題点							
視力			聴力				
麻痺	種類	右		左			
	<input type="checkbox"/> 痙性麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	上肢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度		
	<input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺	下肢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	下肢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度		
リハビリテーションにおける禁忌・注意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 ()						
精神症状	<input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 発動性低下 <input type="checkbox"/> 抑鬱 <input type="checkbox"/> その他()						
言語障害	<input type="checkbox"/> 失語症	構音障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度 重度)				
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (胃瘻 経鼻)				
食事療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)						
皮膚状態	【褥瘡】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位()						
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時	尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Fr)				
排便	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢	人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	
検尿	糖 ()	蛋白 ()	ウロビリノーゲン ()	潜血 ()			
血液検査	白血球	赤血球	血色素量	ヘマトクリット	血小板	随時血糖	HbA1C
	() (万)	(g/dℓ)	(%)	(万)	() (%)		
	総蛋白	アルブミン	AST	ALT	γ-GTP	HDL-C	LDL-C
	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()
	尿素窒素	クレアチニン	Na	K	Cl		
	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	検査日	年 月 日
HBs抗原	(+) (-)	HCV抗体	(+) (-)	その他 感染症	<input type="checkbox"/> 有(有の場合、内容を下に記載) <input type="checkbox"/> 無		
			1.0s/co以上 0.9s/co以下				
梅毒検査	STS(RPR)定性 ()		TPHA定性 ()				
心電図							
胸部X線検査	撮影日	年	月	日	MRI・CT・US及びその他の検査		
					定期検査の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	※ 有の場合、その内容						
処方内容							
《禁忌薬剤の記載もお願いいたします。》							

診断日 年 月 日

住 所

医師名

Ⓜ

電話番号

() -