診　断　書

ケアハウス施設長　様

ふりがな 氏　名	生年月日	大正 ・ 昭和 年　月　日	歳	男 ・ 女
住　所				

既往歴		現病名・経過	

現　病

麻痺 運動障害	あり　上肢(右・左)　下肢(右・左)　体幹　なし	移動	歩行　シルバーカー　歩行器　車椅
精神障害	認知症 ・ 徘　徊 ・ その他(　　)	排尿障害	あり(　　)　なし
		皮膚疾患	あり(　　)　なし
食事状況	自立　要介助　常食 ・ 粥職 ・ きざみ ・ ミキサー ・ 経管 ・ 治療食(　　)		
栄養状態	良　普通　不良　身長　cm　体重　kg		

一般検診

血液型	A　B　AB　O　RH（ ＋ ・ － ）	ワ氏反応	
理学所見	心雑音　あり ・ なし　呼吸音　異常 ・ 正常	HBs検査	
	脈　拍　／分　不整　あり ・ なし　血圧　／	HCV検査	
心電図	異常あり（　　）　なし	伝染性	
胸部X-p	所見　結核　伝染性あり　なし	疾患	

内服薬処方		その他所見	

データがある場合にご記入ください

白血球		
赤血球		
血色素		
血小板		
総蛋白		
ALB		
TC		
GOT		
GPT		
UN		
Cre		
尿	蛋白	
	糖	

上記のとおり診断します。

令和　年　月　日

住　所

医療機関名

医　師　名　㊞

（電　話）