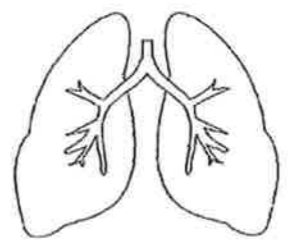


入 所 診 断 書

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