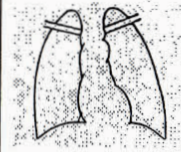


診 断 書

ふりがな氏名				M T S	年	月	日生	歳	男 女
住所	〒 - TEL - -								
主病名及び合併症				発症日					
現病歴治療経過									
既往歴	発症	病名	病院名	治療内容					
麻痺	あり【上肢（右・左） 下肢（右・左）】 ・ なし								
歩行	独歩安定 ・ つかまり歩き ・ その他（ ）								
座位保持	可能 ・ 支えあれば可能 ・ 不可能								
関節拘縮	あり 部位（ ） ・ なし								
疼痛	あり 部位（ ） ・ なし								
尋瘡	あり 部位（ cm × cm ） ・ なし								
言語	正常 ・ 少し不自由 ・ 不自由								
聴力	正常 ・ やや難聴 ・ 難聴								
視力	正常 ・ 少し不自由 ・ 不自由								
排尿状況	正常 ・ 頻尿 ・ 失禁（おむつ使用 ・ カテーテル使用）								
認知症状況	正常 ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 ・ 非常に高度								

検 査	梅毒血清反応	方法	胸部X線写真 直接・間接 撮影年月日 年 月 日				
	HBS抗原						
	HCV抗体						
	MRSA						
	血液型						
一 般 審 査	栄養状態	栄養状態（良・中・不良）					
		身長	cm	体重	kg	肥満度	%
	浮腫						
	尿検査	尿蛋白	（ ）				
		尿糖	（ ）				
尿ウロビリノーゲン		（ ）					
血圧	最大値（	mmHg）	最小値（	mmHg）			
医 師 の 所 見	入院加療	要 否	伝染性疾患	有 無			
処 方 内 容							
年 月 日 住 所 医師氏名 印							

特別養護老人ホーム

ウオームハート