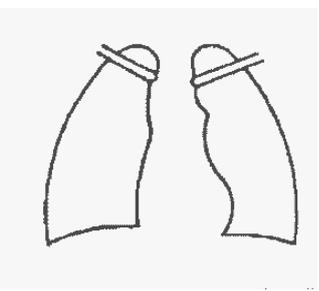


介護老人保健施設 診断書

ふりがな 氏名	様(男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日生(満 歳)						
住所			電話						
身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg	脈拍数	/分	不整脈	無・有
検尿	蛋白 (- ± +)		糖 (- ± +)		潜血 (- ± +)				
感染症	疥癬 (- +)		B型肝炎 (- +)						
	結核 (- +)		C型肝炎 (- +)						
生化学的検査	検査データを添付下さい		血液学的検査	検査データを添付下さい					
アレルギー	無・有 ()								
胸部X線	撮影 平成 年 月 日 (直・間)								
	※ 3ヶ月以内に撮影したもの。 心胸郭比 % 異常なし・異常あり								
現在の傷病名および発症年月				特記すべき既往歴					
① (発症年月 年 月)				① (発症期間 年 月 ~ 年 月)					
② (発症年月 年 月)				② (発症期間 年 月 ~ 年 月)					
③ (発症年月 年 月)				③ (発症期間 年 月 ~ 年 月)					
④ (発症年月 年 月)				④ (発症期間 年 月 ~ 年 月)					
⑤ (発症年月 年 月)				⑤ (発症期間 年 月 ~ 年 月)					
現病歴 (臨床経過、合併症について、注意点等記入して下さい。)									
現在の治療、投薬内容 (軟膏、点眼等含む。)									
特記事項 (問題行動等があれば、具体的に記入して下さい。)									
上記のとおり診断します。									
平成 年 月 日									
住所									
医療機関名									
診療科					医師名				

入所・通所診断書用

入所・通所診断書作成にあたっての検査項目は下記のようにお願い致します。

< 検査項目一覧表 >

総蛋白	尿酸	白血球
アルブミン	尿素窒素	赤血球
ALP	クレアチニン	ヘモグロビン
GOT (AST)	GFR	ヘマトリット
GPT (ALT)	ナトリウム	血小板数
LDH	クロール	HCV抗体
BNP	グルコース	HBs抗体
γ-GTP	HbA1c	
アミラーゼ	CK	
総コレステロール	CRP定量	