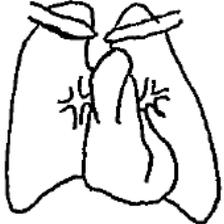


診 断 書

社会福祉法人 大和桜井園

氏 名		男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日生 才)
住 所						
尿	蛋白 - ± + ・ 糖 - ± +					
血 圧						
視 力	近視 ・ 弱視 ・ 遠視 ・ めがね着用 (有 ・ 無)					
聴 力	聴こえる ・ やや聴こえにくい ・ 聴こえない ・ 補聴器着用 (有 ・ 無)					
鼻及びいん頭			胸部X線所見 (年 月 日撮影)			
呼 吸 器						
循 環 器			心電図所見 			
精 神 科						
認 知	無 ・ 軽 ・ 中等 ・ 重		※末梢血検査 赤血球()白血球() ヘモグロビン()血小板()			
具体的問題行動	幻視・幻聴・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行 介護抵抗・徘徊・不潔行為・異食行為 性的問題行動・その他()					
骨 関 節 異 常			※その他血液検査			
消 化 器						
四肢運動障害			※肝機能検査			
歩 行 移 動	自立・つかまり歩行・杖・歩行器 車椅子(自力・介助) その他()					
皮 膚 科	(褥瘡 + -) (疥癬 + -)		※印の検査で陽性又は異常を認めた場合は定 量検査結果及び所見の添付を必ずお願いしま す。			
※結核	+ - (既往 年 月 日)					
※W a R	陽 性 ・ 陰 性					
※MR S A	陽 性 ・ 陰 性					
※H B s	抗原() 抗体()					
※H C V抗体	+ -					
現在の治療 内 容 投 薬 内 容 その他コメント (詳細に記入下さい)						
入 通 所 許 可	諾 ・ 否					

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電話番号
担当医氏名

印