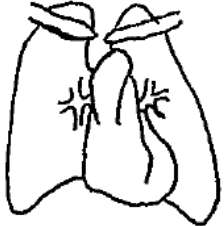


診 断 書

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								
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()			※末梢血検査 赤血球()白血球() ヘモグロビン()血小板()					
骨 関 節 異 常				※その他血液検査					
消 化 器									
四肢運動障害									
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()			※肝機能検査					
皮 膚 科	(褥瘡 + -) (疥癬 + -)								
※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()			※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。					
※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