

入所・通所利用者診断書

医療法人幸世会 介護老人保健施設セントラル堀田

氏名		男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳)		
住所					
身長	cm	【病名】			
体重	kg	1	(年 月 日発症)		
血圧	/ mmHg	2	(年 月 日発症)		
脈拍	/分	3	(年 月 日発症)		
不整脈	無・有 ()				
視力	右 () 左 ()	【既往歴】			
眼疾患	無・有 ()	1	(歳発症)		
聴力	普通・やや不自由・不自由・不可	2	(歳発症)		
補聴器	無・有	3	(歳発症)		
皮膚疾患	褥瘡・疥癬・() 部位()	【胸部Xp】(年 月 日撮影)		【感染症】	
四肢運動機能	麻痺 拘縮 筋力低下 その他	部位と程度を記載して下さい		HBs抗原	
				HCV抗体	
				梅毒	
				MRSA (部位:咽頭・)	
		【諸検査】(年 月 日施行)			
血 液 検 査	WBC		尿 検 査	T-Cho	
	RBC			TG	
	Hb			BUN	
	PLT			Cr.	
	TP			血糖	
	Alb			蛋白	
	GOT			糖	
GPT		その他			
γ GTP					
認知症		無・有 (軽・中・重) 症状:			
【現病歴・特記事項】		【現在の服薬内容】			
上記のとおり診断します。 年 月 日					
住所 医療機関名 医師名		Ⓜ			