

診断書

(紹介状)

社会医療法人 盛和会
介護老人保健施設 鶴見せいわ園 管理者殿

(ふりがな)	男 明治 ・大正 年 月 日 女 昭和 (歳)
氏名	
住所	〒 TEL 要介護度
診断名 (現疾患)	(発症日) (処方内容) 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
既往歴	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
経過 および現症	
運動機能障害	・麻痺 □左上肢 □左下肢 □右上肢 □右下肢 ・筋力低下 □左上肢 □左下肢 □右上肢 □右下肢 ・振戦 □左上肢 □左下肢 □右上肢 □右下肢 ・関節拘縮 □左上肢 □左下肢 □右上肢 □右下肢 ・その他 ()
精神の状況	・認知症 (なし・軽・中・高) 〔 所見 〕 ・問題行動 (なし・あり)
皮膚疾患	・なし ・あり 褥瘡 その他() 部位 ()
アレルギー	・なし ・あり ()
薬剤禁忌	・なし ・あり ()

尚、検査データは直近3ヶ月のものとさせていただきます。

心電図 (月 日実施)	・異常なし (所見) ・異常有り ()
胸部X線 (月 日実施)	・異常なし (所見) ・異常有り ()
身長	cm 体重 kg
血圧	/ mmHg
検尿	・蛋白(-・+・++・+++) ・糖(-・+・++・+++) ・潜血(-・+・++・+++) ・ウロビリノーゲン(-・+・++・+++)
血液検査(A) (月 日実施)	☆白血球 () ☆総コレステロール () ☆赤血球 () ☆尿素窒素 () ☆ヘモグロビン () ☆クレアチニン () ☆ヘマトクリット () ☆Na () ☆血小板 () ☆K () ☆総蛋白 () ☆血糖(空腹時) () ☆アルブミン () ☆CRP () ☆AST(GOT) () ★HbA1c () ☆ALT(GPT) () ★血清Fe () ★HbA1cは糖尿病★血清Feは貧血の診断ある場合のみ記載下さい。
血液検査(B) (月 日実施)	☆HBs抗原 (陰性・陽性) ☆MRSA (陰性・保菌者)(検出部位) ☆HCV抗体 (陰性・陽性) ★輸血後感染症検査(輸血された場合記載下さい。) ☆TPHA (陰性・陽性) ()
特別食の有無	なし あり ・心臓病食 ・腎臓病食 ・糖尿病食 ・その他()
リハビリテーションの指示 (注意点)	
リハビリ・入浴時のバイタルサイン等の制限 あればご記入下さい。	
老健施設での療養上のご意見・ご要望	
上記のとおり、診断いたします。 令和 年 月 日	
医療機関名 所在地 電話	担当医師名 印

※心電図・胸部X線は検査結果を添付してください。返却します。