

# 特別養護老人ホーム おたけの郷 入居時診断書

受診者 (ふりがな) 氏名 男・大・昭 明・大・昭  
 住所 〒 年 月 日生 ( 歳)

病名	発症年月日	症状の安定性	手術歴
	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

経過および現在の治療状態

薬物	病名	発症年月日	手術歴
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

投与中の薬剤の用量・用法	薬の名前	用量・用法									
		朝		昼			夕		就寝前	その他	
		前	後	前	後	食間	前	後			

実施中の処置  
 褥瘡の処置  経管栄養  胃ろう  中心静脈栄養  インシュリン注射  透析  吸引  
 留置カテーテル  ストーマの処置  気管切開の処置  酸素療法  その他( )

指示事項

身長	cm	視力	右 矯正( )	聴力	右
体重	kg		左 矯正( )		左
血圧	mmHg	脈拍	/分 整・不整	血液型	型 Rh ( )

認知症  有  無 有の場合 → 発症年月日 昭和・平成 年 月 日 → 頭部所見  有  無

※複数回答可

原因疾患	<input type="checkbox"/> 退行変性疾患 <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> ピック病 <input type="checkbox"/> ハンチントン舞蹈病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ビンスワンガー病 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝性疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> ビタミンB12欠乏症 <input type="checkbox"/> サイアミン欠乏症 <input type="checkbox"/> 肝性脳症 <input type="checkbox"/> 透析脳症 <input type="checkbox"/> 肺性脳症 <input type="checkbox"/> 低酸素症 <input type="checkbox"/> 中毒性疾患 <input type="checkbox"/> 各種薬物 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 有機化合物などの中毒 <input type="checkbox"/> アルコール中毒 <input type="checkbox"/> 感染症疾患 <input type="checkbox"/> クロイツフェルト・ヤコブ病 <input type="checkbox"/> 各種脳炎ならびに髄膜炎 <input type="checkbox"/> 進行麻痺 <input type="checkbox"/> HIV感染症 <input type="checkbox"/> 腫瘍性疾患 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 転移性腫瘍 <input type="checkbox"/> 外傷性疾患 <input type="checkbox"/> 頭部外傷後遺症 <input type="checkbox"/> 慢性硬膜下血腫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 正常圧水頭症 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 神経パーチエット病 <input type="checkbox"/> 原因不明
------	--

※複数回答可

中核症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失行障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失認障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 夜になると興奮し言動がおかしくなる <input type="checkbox"/> 夜眠らない <input type="checkbox"/> ありえないことを固く信じ込む <input type="checkbox"/> あるはずのないものが見えたり聞こえたりする <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 些細なことで怒りだす(暴力をふるってしまう) <input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回る <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れてしまう <input type="checkbox"/> 排泄物と理解できずいじってしまう <input type="checkbox"/> その他( )
------	---	--

・障害高齢者の日常生活自立度(ねたきり度)  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

・認知症高齢者の日常生活自立度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

血液一般検査	WBC:白血球数	μl	生化学検査	Alb:アルブミン	g/dl	UA:尿酸	mg/dl	
	RBC:赤血球数	μl		TP:総蛋白	g/dl	グルコース:血糖値(空腹時)	mg/dl	
	Hb:血色素	g/dl		T-Cho:総コレステロール	mg/dl	ヘモグロビンA1c(HbA1c)	%	
	Ht:ヘマトクリット	%		TG:中性脂肪	mg/dl	CRP	mg/dl	
尿検査	MCV,MCH,MCHC	貧血	肝機能	AST(GOT)	IU/l	感染症	HBs抗原	(+・-)
	PLT:血小板数	μl		ALT(GPT)	IU/l		HBs抗体	(+・-)
	血清鉄(Fe)	μg/dl		γ-GTP	IU/l		HCv抗体	(+・-)
	蛋白			LDH	IU/l		梅毒	ガラス板法 (+・-)
胸部X線検査	糖		腎臓	ALP	IU/l	皮膚疾患	TPHA法 (+・-)	
	ウレリノゲン			Cre:クレアチニン	mg/dl		疥癬 (+・-)	
	潜血			BUN:尿素窒素	mg/dl		内容 有・無	

胸部X線検査 肺結核 (+・-) 心電図  
 その他所見  
 撮影年月日 年 月 日  
 総合所見

上記のとおり診断いたします。平成 年 月 日  
 所在地 医療機関名 医師名  
 電話 ( ) FAX ( )