

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 明・大・昭
 女 年 月 日生 (歳)
 住所 〒 -

現病	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

経過および現在の治療状態

アレルギー	薬物 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	既往歴	病名	発症年月日	手術歴
	食物 <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"/>
				昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>
				昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>
				昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/>

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

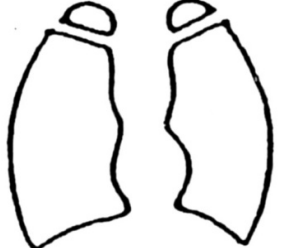
原因疾患	退行変性疾患	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> ピック病 <input type="checkbox"/> ハンチントン舞蹈病
	脳血管障害	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ビンスワンガー病
	内分泌・代謝性疾患	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 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
	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
	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
	腫瘍性疾患	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 転移性腫瘍
	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
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	記憶障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	行動障害	<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
	失語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<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
	失行障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<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
	失認障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<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
	実行機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<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	
	MCV,MCH,MCHC	貧血		AST(GOT)	IU/l	肝炎	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	(+・-)			
尿検査	蛋白		LDH	IU/l	梅毒	ガラス板法	(+・-)	
	糖		ALP	IU/l		TPHA法	(+・-)	
	ウレリノーゲン		Cre:クレアチニン	mg/dl		疥癬	(+・-)	
	潜血		BUN:尿素窒素	mg/dl	皮膚疾患	有・無	内容	

胸部X線検査

 肺結核 (+ ・ -)
 その他所見
 撮影年月日 年 月 日
 心電図
 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 (印)
 電話 () FAX ()