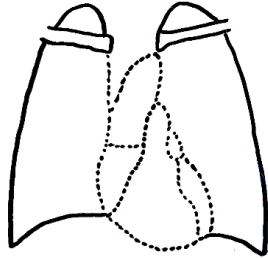


診断書(施設申込用)

介護付有料老人ホーム メビウス大和郡山 2022.7

氏名			男・女	M T S	年	月	日	(才)
住所							TEL	
診断名								
血圧	/	褥瘡	無・有		疥癬	無・有		
視力	普通・1m先が見える 眼前なら見える・ほとんど見えない 判断不能		聴力	普通・やっとな聞こえる・大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない 判断不能 補聴器着用(有・無)				
認知症	無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				身長	cm	体重	kg
日常生活自立度	J ₁ ・J ₂ ・A ₁ ・A ₂ ・B ₁ ・B ₂ ・C ₁ ・C ₂			麻痺	無・有(部位)			
血液検査	TP	g/dℓ		胸部X線所見(年 月 日撮影)  ECG所見 検査日(年 月 日)				
	AST	IU/ℓ						
	ALT	IU/ℓ						
	AMY	IU/ℓ						
	T-ch	mg/dℓ						
	TG	mg/dℓ						
	Na	mEq/ℓ						
	K	mEq/ℓ						
	Cl	mEq/ℓ						
	BUN	mg/dℓ						
	Cr	mg/dℓ						
	血糖	mg/dℓ						
	WBC	$\times 10^2 / \mu\ell$						
	RBC	$\times 10^4 / \mu\ell$						
検査日 (年 月 日)	Hb	g/dℓ		アレルギー				
	Plt	$\times 10^4 / \mu\ell$		検尿	蛋白()	糖()	潜血()	
感染症 検査日(年 月 日)	HCV抗体	()		HBs抗原	()		梅毒定性	()
現在の 治療内容	*投薬内容及び他診療科の治療内容も、わかる範囲でご記入下さいますようお願い致します。							
その他								

上記のとおり診療提供する。

年 月 日

医療機関名

担当医師名

印