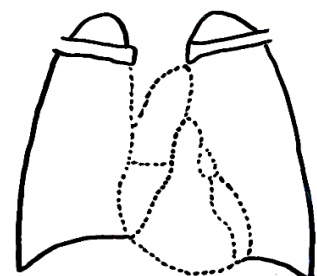


診断書(施設申込用)

グループホーム メビウスまほろば

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	有・無		認知症名				
認知症高齢者 日常生活自立度	無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			身長	cm	体重 kg	
日常生活自立度	J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			麻痺	無・有(部位)		
血液検査	TP	g/dl		胸部X線所見 (年 月 日 撮影) 			
	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	$\times 10^2 / \mu l$					
	RBC	$\times 10^4 / \mu l$					
検査日 (年 月 日)	Hb	g/dl		ECG所見 検査日 (年 月 日)			
	Plt	$\times 10^4 / \mu l$		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。						
その他							

上記のとおり診療提供する。

令和 年 月 日

医療機関名

担当医師名

印