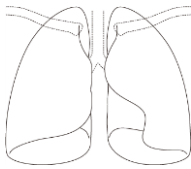


入所申請診断書（診療情報提供書）

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大昭・平	年	月	日	歳
患者氏名									
住所	〒 -				連絡先	(自宅番号・携帯) - -			
傷病名・発症日	[アレルギー] <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無				現在までの経過				
処方内容						<input type="checkbox"/> 別紙参照			
処置内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル (<input type="checkbox"/> 尿道 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> インシュリン() <input type="checkbox"/> 吸引 (<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸 () <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門				胸部X線検査	 【撮影日：令和 年 月 日】			
臨床検査	【採血日：令和 年 月 日】 [血清アルブミン] g/dL [血糖値] mg/dL [AST] IU/L [ヘモグロビン] g/dL [クレアチニン] mg/dL [ALT] IU/L [CRP] mg/dL [尿素窒素] mg/dL					感染症	【検査日：令和 年 月 日】 <input type="checkbox"/> HBS抗原 (+・-) <input type="checkbox"/> HCV抗体 (+・-) <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体状況	身長	cm	体重	kg	身体障害者手帳		級		
	ADL	[障害高齢者の自立度] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C2 [麻痺] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 左上下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				[食事] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [栄養・食生活上の留意点] [排泄] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () [歩行・移動] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [入浴] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [着脱衣] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
認知症	[認知症高齢者の自立度] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				[長谷川式スケール] /30点 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 実施せず				
	[周辺症状] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為				[特記事項]				

上記の通り診断いたします

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

㊞

所在地

電話

FAX

但し、有効期限は診断の日から1年未満です