

診 断 書

ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳	男・女
氏名					
住所				電話	()
既往歴		診断名	1 2		

現 症

麻痺・運動障害	ある・なし(上肢右、左・下肢右、左・体幹)	移 動	自立歩行・杖・歩行器・車椅子・出来ない
認知症の状態	高度・中等度・軽度・徘徊・失見当・その他()	精神症状	なし・あり()
褥 瘡	なし・あり 部位()・深さ(cm)	排尿障害	なし・あり()
栄養状態	良・普通・不良	身長 cm 体重 kg	皮膚疾患 なし・あり()
食事状況	自立・一部介助・全介助	常食・粥食・刻み・ミキサー	治療食()

一般検診

血液型	A・B・AB・O RH(+・-)	ワッツ氏反応	+・- 感染性 なし・あり
理学所見	心雑音 なし・あり 呼吸音 正常・異常	HBs	HBs抗原 +・-
	脈拍 回 不整(なし・あり) 血圧 /		感染性 なし・あり
心電図	異常なし・異常あり()	HCV	HCV抗体 +・-
胸部X-P	所見		感染性疾患
			MRSA(なし・あり)感染性(なし・あり) 結核(なし・感染性あり)その他
医師の所見		内服薬処方	

上記の通り診断します 平成 年 月 日	住 所 医療機関名 医師名 電 話 F A X
	印