

# 診断書

申請中 (新規・更新中・区分変更)  
介護度 (要支援・1・2・3・4・5)

御中

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
------------	-----	------	-------	---	---	---	---

病名 および 発症年月日 1. 2. 3. 4. 5.	血圧	体重	身長
	/	kg	cm
現在の処方内容 (点眼薬も含む)			


既往歴 および 発症年月日 1. 2. 3.
結核の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

現在の病気の経過	感染症 検査日 年 月 日 (実際に検査をおこなった日付を記入してください。)
	HBs抗原 ( ) HCV抗体 ( )
	梅毒 ガラス板法 または凝集法 ( )
	TPHA ( )
	その他感染症 ( )

医療処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 ( ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル ( ) <input type="checkbox"/> インスリン注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他特別な医療 ( )	尿検査 検査日 年 月 日
	蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( )
	血液生化学 検査日 年 月 日

心身の状態 障害老人の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 痴呆性老人の日常生活自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) (参考)長谷川式簡易痴呆スケール ( ) 点 検査日 年 月 日	白血球数	総蛋白
	赤血球数	アルブミン
	血色素量	尿素窒素
	ヘマトクリット	クレアチニン

身体の状態 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ) <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬物 ( ) <input type="checkbox"/> 食物 ( ) 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	血小板数	AST(GOT)
	総コレステロール	ALT(GPT)
		血糖

	(糖尿病の場合)	HbA1c
胸部X線写真 検査日 年 月 日	心胸郭比 ( ) % 所見	
		

	心電図 検査日 年 月 日
	心拍数 ( ) 所見

所在地	年 月 日
名称	医師氏名 _____ 印 _____