

# 診 断 書

ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男 女	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)			
住所			電話 番号	( )		
傷病名			経過			
麻痺 運動障害	無 有	上肢 (右・左) 下肢 (右・左) 体幹	食事制限 無	カロリー kcal		
皮膚疾患	無 有	褥瘡・その他 ( )	・ 塩分 有 蛋白	g g		
精神障害	認知症の程度 ( 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ) その他 ( )					
介護上の 注意点	嚥下障害・易感染症・気管切開・バルンカテーテル留置などの注意点があればお書きください。					
理学所見	心雑音： 有・無 呼吸音：異常・正常		ワ氏反応	( + ・ - ) 感染性 有・無		
	脈拍： 回 不整 (+ ・ -)			HBs検査	HBs抗原 (+ ・ -) 感染性 有・無	
心電図	異常 無・有 ( )		HCV検査	HCV抗体 (+ ・ -) 感染性 有・無		
	運動負荷 可・不可 ( )			MRSA	( + ・ - ) 感染性 有・無	
胸部 X - P	所見 無・有 ( ) 結核性所見 無・有 ( )					
内服薬処方		医師所見		白血球		
				赤血球		
				血色素		
				血小板		
				総蛋白		
				ALB		
				GOT		
				GPT		
				Cre		
				Na		
				K		
				Cl		
				FBS		
				HbA1c		
				尿	蛋白	
					糖	
上記の通り診断します。		医療機関所在地				
令和 年 月 日		医療機関名称				
		電話番号				
		医師氏名		(印)		