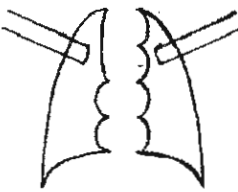


# 施設利用診断書

介護老人保健施設  
NAC湯村

氏名	様 男・女		明・大・昭		年 月 日 ( 歳)
住所					
身長	cm	体重	kg	体格	大・中・小
傷病名	発症年月日		投薬内容		
傷病歴					
身体状況	視力障害：(有・無)	聴力障害：(有・無)	言語障害：(有・無)		
	四肢麻痺：(有・無)	人工肛門：(有・無)	経管栄養：(有・無)		
	褥瘡：(有・無)	認知症：(有・無)	アレルギー：(有・無)		
血圧	/	検尿	蛋白質 ( )	糖 ( )	潜血 ( )
胸部X-P所見			心電図所見		
血液検査	白血球：.....	GOT：.....	BUN：.....	F.B.S.：.....	
	赤血球：.....	G.P.T.：.....	Creat.：.....	HbA1c.：.....	
	血色素：.....	L.D.H.：.....	総コレ.：.....	Na.：.....	
	血小板：.....	A.L.P.：.....	トリグリ.：.....	K.：.....	
	7P.シ.：.....	γ-GTP.：.....	総蛋白.：.....	C.I.：.....	
	C.R.P.：.....	尿酸：.....			
感染症	肝炎ABC：(陰性・陽性)	MRSA：(陰性・陽性 1+・2+・3+)			
	梅毒反応：(陰性・陽性)	皮膚病：(無・有 病名 )			
傷病に対する留意点					

上記の通り相違無いことを証明する

医療機関 所在地

平成 年 月 日

名称

医師氏名

印