
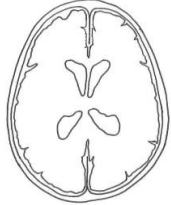


施設利用診断書

介護老人保健施設 NAC湯村

氏名	様 (男・女)		M・T・S	年	月	日 (歳)
住所						
身長	cm	体重	kg	投薬内容		
傷病名	発症年月日					
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)	長谷川式スケール	点/30点)		
血圧	/	検尿	蛋白質 ()	糖 ()	潜血 ()	
胸部X-P 所見	頭部CT 所見 ※データがある場合		心電図 所見			
						
検査実施日 ()	検査実施日 ()		検査実施日 ()			
血液検査	白血球:	GOT:	BUN:	FBS:		
検査実施日 ()	赤血球:	GPT:	Creat:	HbA1c:		
	血色素:	LDH:	尿酸:	Na:		
	血小板:	ALP:	総コレステロール:	K:		
	総蛋白:	γ-GTP:	CRP:	Cl:		
	アルブミン:					
感染症	肝炎 B () C ()		MRSA (陰性・陽性 1+・2+・3+)			
検査実施日 ()	梅毒反応 (陰性・陽性)		部位— 鼻腔・咽頭・他			
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

年 月 日

名称

医師氏名

印