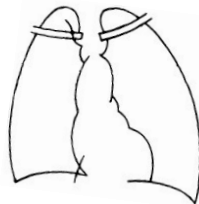
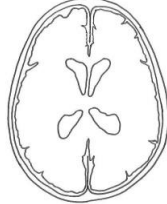


施設利用診断書

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	TEL ()						
傷病名	発症年月日		現在の症状及び治療経過				
傷病歴	発症年月日		処方内容				
身長	cm	体重	kg				
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				
							
血液検査	白血球:	GOT:	BUN:	FBS:			
	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:	トリグリ:	Cl:			
	アルブミン:	CRP:					
感染症	肝炎 B () C ()		MRSA (陰性・陽性 1+・2+・3+)				
	梅毒反応 (陰性・陽性)		部位 - 鼻腔・咽頭・他				
	皮膚病 (無・有 病名)						
特記事項							

上記の通り相違無いことを証明する

年 月 日

医療機関

所在地

名称

医師氏名

印