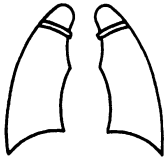


# 一宮市介護サービス共通診断書

入所

フリガナ			男・女	生年月日	
氏名				M・T・S	年
住所					
血圧	/	mmHg	身長	cm	体重 kg
現病名	1.	年	月	発症	既往歴
	2.	年	月	発症	
	3.	年	月	発症	
	4.	年	月	発症	
	5.	年	月	発症	
与薬内容					
胸部X線 撮影	撮影日：平成 年 月 日		心電図	検査日：平成 年 月 日	
	所見： 			所見：	
	結核（無・陳旧性有・治療中）		感染症	無・有（HBs抗原・HCV抗体・TPHA） ※ 過去の検査結果があれば流用可	
血液検査	検査日：平成 年 月 日 ※ 直近4か月以内のデータ記入もしくは結果票添付				
	Hb	g/dl	GOT	IU/l	GPT IU/l
	γ-GTP	IU/l	TG	mg/dl	LDL mg/dl
	CRE	mg/dl	ALB	g/dl	(糖尿病の場合) HbA1c %
褥瘡	無・有（ ）		疥癬	無・有（ ）	
皮膚疾患	無・有（ ）		アレルギー	無・有（ ）	
視力	普通・見えにくい・見えない		聴力	普通・難聴（軽度・中度・重度）	
障害高齢者の 日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者の 日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
経過及び特記事項					

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日 医療機関名

医師氏名

印

※ 診断書の有効期間は、作成日から原則6か月です(ただし状態変化が認められる時は再作成)。

※ 診断書原本は本人・家族が管理し、介護サービス事業所は原本を複写し保管してください。