

一宮市介護サービス共通診断書

通所等

フリガナ			男・女	生年月日	
氏名				M・T・S	年 月 日(歳)
住所					
血圧	/	mmHg	身長	cm	体重 kg
現病名	1.	年 月 発症	既往歴	1.	年 月 発症
	2.	年 月 発症		2.	年 月 発症
	3.	年 月 発症		3.	年 月 発症
	4.	年 月 発症		4.	年 月 発症
	5.	年 月 発症		5.	年 月 発症
胸部X線 撮影	撮影日：平成 年 月 日		与薬内容		
	所見： 			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
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	
入浴	可・不可（注意事項： ）				
	可能値（血圧：上限 ～ mmHg 下限 ～ mmHg）（体温：上限 ℃）				
リハビリ 機能訓練	可・不可（注意事項： ）				
	可能値（血圧：上限 ～ mmHg 下限 ～ mmHg）（体温：上限 ℃）				
特記事項、その他留意すべき医療情報					

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。