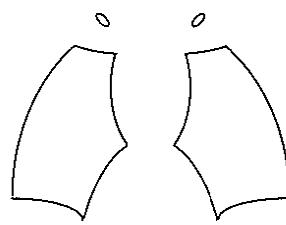


# 川口市介護保険サービス共用診断書

氏名	男・女 生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )				
住所		電話 ( )			
病名	(1) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(2) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(3) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(4) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(5) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
既往歴	(1) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(2) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(3) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(4) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
	(5) ( 年 月 )		( HP ) • ( 手術：有 / 無 )		
【身長】 : cm		体重 : kg	<p>【胸部Xp】 : ○ ○ 異常有・無 (特記事項)</p> 		
【通常血圧】 : ~ / ~ mmHg					
【脈拍】 : / 分					
【心電図検査】 特記事項( )					
上 限 下 限 ※入浴 / リハに					
【収縮期血圧】 : _____ 制限ある場合		撮影 年 月 日			
【脈拍】 : _____					
【感染症】 : HBS抗原 ( - · + ) HCV抗体 ( - · + ) 梅毒 ( - · + )					
【検尿】 : 蛋白 ( - · + ) 糖 ( - · ± · + )					
【皮膚疾患】 : 皮膚湿疹 有・無 ※有の場合、疥癬の可能性 有・無 膚瘡 有・無 ※有の場合、部位					
【アレルギー】 : 食事 有・無 薬 有・無					
【医療処置】 : 胃瘻 有・無 経鼻胃チューブ 有・無 膀胱カテーテル 有・無 気管切開 有・無 その他医療措置 ( )					
【血液検査】		RBC × 10 <sup>4</sup> μl	BUN mg/dl	血糖	mg/dl
		Hb g/dl	Cr mg/dl		食後 時間
		白血球数 (個/mm <sup>3</sup> )	TP g/dl		
		血小板数 (万/mm <sup>3</sup> )	Alb g/dl	HbA1c %	
		AST(GOT) IU/l	γ-GTP (IU/l)		
		ALT(GPT) IU/l			
【特記事項】 _____					
・HDS-R: 点					
・認知症高齢者の日常生活自立度 【 I · IIa · IIb · IIIa · IIIb · IV · M 】 ・障害高齢者の日常生活自立度 【 J · A1 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2 】					
年 月 日		医療機関名			
		所 在 地			
		電 話			
		医 師 名			
		印			