

介護老人保健施設さくらの苑入所診断書

氏名				男・女	年	月	日生	満	才	
住所										
診 断 事 項										
身長	cm	体重	Kg	病名	1.	(年 月 日発症)				
食事介助	否・要 ( )				2.	(年 月 日発症)				
排泄介助	否・要 ( )				3.	(年 月 日発症)				
尿検査	糖( )	蛋白( )	潜血( )	既往歴	1.	(年 月 日発症)				
視力	右 ( )	左 ( )			2.	(年 月 日発症)				
眼疾患	無・有 ( )				3.	(年 月 日発症)				
聴力	普通・不自由・不可			腹部所見						
言語	普通・不自由・不可									
褥瘡	無・有 ( )			心電図所見						
歩行状態	自力・歩行器・車椅子・ストレッチャー									
血圧	～			胸部所見	X線像(直・間) (年 月 日撮影)					
認知症	無・有 (軽・中・重)									
MMSE/HDS-R										
BPSDの有無										
血液検査				四肢運動機能						
赤血球		中性脂肪								
白血球		GOT								
Hb		GPT		現在の治療投薬内容その他						
Ht		LDH								
血小板数		γ-GTP								
MCT		Na								
ALP		K								
アルブミン		Cl								
T-Bil		HDL								
BUN		LDL								
Crn		Hb-A1c								
eGFR		随時血糖								
尿酸		NT-proBNP								
TC				(カテーテル類使用中の人はそれも記入)						
上記のとおり診断します。					年	月	日			
住 所										
医 療 機 関 名										
医 師 名					印					

※この診断書は、当施設入所判定委員会において入所適否の判定に使用するものです。