

戸田市立介護老人保健施設・戸田市立健康福祉の杜 診断書（入・短）

氏名：		男 ・ 女		生年月日		明・大・昭		年		月		日		(歳)											
住所								電話：																	
病名		1				年		月		日		発病													
		2				年		月		日		発病													
		3				年		月		日		発病													
現病歴及び特記事項：																									
.....																									
.....																									
.....																									
.....																									
内服薬：																									
.....																									
.....																									
.....																									
胸部X p：								身長：								cm		体 重：		k g					
								通常血圧：								～		／		～		mmHg			
								脈 拍：								～		／分		不整脈 有 ・ 無					
								血圧・脈拍にサービス施行時（入浴、リハ等）制限のある場合：																	
																上 限				下 限					
								収縮期血圧																	
撮影								年		月		日		脈 拍											
感染症：H B S抗原（ - ・ + ） H C V抗体（ - ・ + ） T P H A（ - ・ ± ・ + ・ 2+ ）																									
皮膚疾患 有 ・ 無 有りの場合、疥癬の可能性 有 ・ 無																									
褥 瘡 有 ・ 無 有りの場合 部位																									
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：R B C 万、H b g / d l、C r m g / d l、B U N m g / d l																									
血糖値 m g / d l、H b A 1 c %（糖尿病患者のみ）、A 1 b g / d l																									
インフルエンザワクチン 年 月 日																									
平成 年 月 日								医療機関名																	
								所 在 地																	
								電 話																	
								医 師 氏 名																	
								印																	