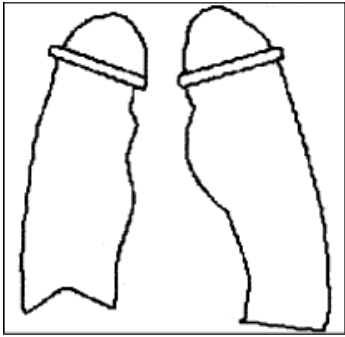


介護老人保健施設 アイリス堺正風入所診断書

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生	満	歳	
住所									
診 断 事 項									
身長	cm	病名	1	(年 月 日発症)					
体重	kg		2	(年 月 日発症)					
視力	右		3	(年 月 日発症)					
	左		腹部所見						
眼疾患	無・有()								
聴力	普通・不自由・不可		褥瘡						
言語	普通・不自由・不可		四肢運動機能						
認知症状	無・有(軽・中・重)								
(具体例)									
血圧	～		歩行状態	自力・歩行器・車椅子・ストレッチャー					
血液検査	HBs抗原		食事介助	否・要()					
	梅毒反応		排泄介助	否・要()					
	HCV抗		既往歴	1	(歳)				
細菌検査	MRSA			2	(歳)				
				3	(歳)				
尿検査	蛋白		現在の治療 投薬内容 その他						
	糖								
	ウロビリノーゲン								
心電図所見									
胸部所見									
X線像(直・関)									
			アレルギー()						
			ビリン系()	◎骨折(脊髄圧迫骨折)の有無(有・無)					
			その他()	(カテーテル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									
医 師 名							印		

※この診断書は、当施設入所利用判定会議において入所適否の判定に使用するものです。

介護老人保健施設アイリス堺正風 〒591-8021 堺市北区新金岡町5丁1番3号 電話 072-253-2100(代表)

FAX072-259-8670