

健康診断書・診療情報提供書（入所・短期入所用）

介護老人保健施設ケアセンター蒲生野 宛

【氏名】	ふりがな	男 ・ 女	M ・ T ・ S	年	月	日生（	歳）
		【住 所】					
【現疾患】			【既往歴】				
_____（ 年 月 日発症）			_____（ 年 月 日頃）				
_____（ 年 月 日発症）			_____（ 年 月 日頃）				
_____（ 年 月 日発症）			_____（ 年 月 日頃）				
【病状経過・治療経過】							
【介護に際して注意すべき特記事項（認知症の程度・精神神経症状の有無等）】						令和 年 月 日実施	
						HDS-R / 30点	
						MMSE / 30点	
【その他参考意見（薬剤調整・血圧・摂食など）】							
【日常生活自立度】							
障害老人 正常 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2							
認知症老人 正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M							
【感染症・皮膚疾患】 令和 年 月 日実施							
H C V（ + ・ - ） H B s（ + ・ - ） 疥癬（ あり ・ なし ・ その他 ）							
褥瘡（ あり : ・ なし ）							
【心電図】 令和 年 月 日実施							
異常なし ・ 異常あり（所見： ）							
【胸部X線】 令和 年 月 日撮影							
異常なし ・ 異常あり（所見： ）							
結核所見（ なし ・ あり : ）							
【身長・体重】 年 月測定							
_____ c m _____ k g							
【入浴の可否】 可 ・ 否				【運動の可否】 可 ・ 否			
入浴中止時 血圧 / mmHg 以上 / mmHg 以下				運動中止時 血圧 / mmHg 以上 / mmHg 以下			
体温 °C以上				体温 °C以上			
脈拍・呼吸についての中止事項（ ）				脈拍・呼吸についての中止事項（ ）			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日							
住 所							
医療機関名							
担当医師名 印							

*裏面もあります。

【血液検査（複写添付可能）】	月	日実施			
◆血清総蛋白	(	) g/dl	◆N a	(	) mEq/l
◆アルブミン	(	) g/dl	◆K	(	) mEq/l
◆A S T (G O T)	(	) IU/l	◆C l	(	) mEq/l
◆A L T (G P T)	(	) IU/l	◆C R P	(	) mg/dl
◆γ-G T P	(	) U/L	◆白血球	(	) /μ L
◆総コレステロール	(	) mg/dl	◆赤血球	(	) 10 ⁴ /μ L
◆H D L コレステロール	(	) mg/dl	◆ヘモグロビン	(	) g/dl
◆L D L コレステロール	(	) mg/dl	◆ヘマトクリット	(	) %
◆尿素窒素	(	) mg/dl	◆血小板	(	) 10 ⁴ /μ L
◆クレアチニン	(	) mg/dl	◆B N P	(	) pg/ml
◆尿酸	(	) mg/d	◆H b A 1 c	(	) %
【投薬内容（複写添付可能）】					

診断書記載について

この診断書は当施設への入所前の状態を予め把握し、入所検討会の参考にするとともに入所中の健康管理に役立てるものです。感染症陽性を理由に入所をお断りすることはありません。

感染症、血液検査、心電図、胸部 X 線の各項目は、特に変化がないと判断された場合、6 ヶ月以内のデータがございましたら改めて検査をしていただく必要はありません。

HDS-R ・ MMSE に関しましては認知症と診断のある方は必ず記載をお願いします。

血液検査 投薬内容については複写添付がない場合は裏面に記載をお願いします。

過去の検査データ(時系列検査結果)があれば一緒に添付をお願いします。

尚、診断書は必ず原本を提出してください。

介護老人保健施設ケアセンター蒲生野
滋賀県東近江市桜川西町340番地
TEL 0748-55-5533