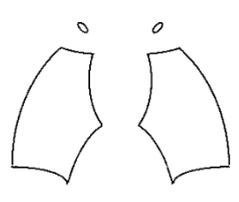


川口市介護保険サービス共用診断書

氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所	電話 ()					
病名	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
既往歴						
内服薬						
注射薬						
身長	:	cm	体重	:	kg	胸部Xp
通常血圧	:	~	/	~	mmHg	異常 有・無
脈拍	:	~	/	分 (整・不整)		(特記事項)
心電図検査	特記事項 ()					
(心電図異常の場合は、コピーを添付)						
収縮期血圧	:	上限	下限	※入浴リハに制限ある場合		CTR
脈拍	:					%
撮影 平成 年 月 日						
感染症	:	HBS抗原 (-・+)	HCV抗体 (-・+)			
	:	MRSA (-・+)	(鼻腔咽頭粘液で可)			
	:	梅毒 (-・+)				
皮膚疾患	:	皮膚湿疹 有・無	※有の場合、疥癬の可能性	有・無		
	:	褥瘡 有・無	※有の場合、部位			
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 ()				
インフルエンザワクチン	:	年 月 日	肺炎球菌接種	有	無	年 月
血液検査						
WBC	μℓ	TP	g/dℓ	AST(GOT)	IU/l	血糖
RBC	× 10 ⁴ μℓ	Alb	g/dℓ	ALT(GPT)	IU/l	
Hb	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	BNP	pg/mL	HbA1c (糖尿病の方)
Plt	μℓ	Cr	mg/dℓ	CRP	mg/dℓ	
特記事項						
HDS-R: 点						
平成 年 月 日	医療機関名					
	所在地					
	電話					
	医師名					
	印					