

施設名 (※情報提供先施設の口をチェックしてください)

仙台ロイヤルケアセンター

仙台青葉ロイヤルケアセンター

利府仙台ロイヤルケアセンター

丸森ロイヤルケアセンター

診 断 書

氏 名

様 (男 ・ 女)

生年月日 (明治 ・ 大正 ・ 昭和)

年 月 日 (歳)

住 所 〒

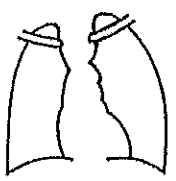
TEL

病 名(発症年月日)	既往並びに現病歴
現在使用中の薬品(内服・外用・点眼等)	
※処方箋のコピー可 ※変更すべきではない薬剤(無 ・ 有) 変更不可薬剤名: 理由: ※内服開始してから4週間未満の薬剤(無 ・ 有) 薬剤名:	

血 液 検 査 月 日	
※検査データのコピー可	
WBC	
RBC	
Hb	
PLT	
Fe	
GOT	
GPT	
ALP	
TG	
CRP(定量)	
BUN	
Cre	

Na	
K	
NT-proBNP ・ BNP	
TP	
アルブミン	
血糖(食前 ・ 食後)	
HbA1C	
身長	
体重	
血圧	
脈	(整 ・ 不整)
検尿	蛋白 + ・ -
	糖 + ・ -
	潜血 + ・ -

感 染 症	
HBs抗原	+ ・ -
HCV抗体	+ ・ -
梅毒	ガラス板 + ・ -
	TPHA + ・ -
MRSA	+ ・ -
(検出部位)	()
緑膿菌	+ ・ -
(検出部位)	()
感 染 性 皮 膚 疾 患	
疥癬の既往	+ ・ -
時期	()
その他	

<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし 撮影日 年 月 日 所見  結核既往 有 ・ 無 (年 月)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 年 月 日 所見 心電図
--	--

身体 状 況 等	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: _____)
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 他 _____)
	拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 他 _____)
	失調・不随意運動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 _____)
	言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	嚥下 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	食事 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 療養食 (_____)
	運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
その他特記事項	

認知症および精神状況等	
◇日常生活の自立度について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
◇認知症の中核症状	
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし	
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
◇認知症の周辺症状	
<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊	
<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	
<input type="checkbox"/> その他特記事項 (_____)	
◇その他の精神・神経症状の有無	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状: _____)	
◇認知症スケール	
◇長谷川式 _____ (施行日 年 月 日)	◇柄澤式 _____ (施行日 年 月 日)
◇MMSE _____ (施行日 年 月 日)	◇その他 _____ (施行日 年 月 日)

上記のとおり診断致しました。

令和 年 月 日

所在地 _____

電話番号 _____

医療機関名 _____

科 名 _____

医師名 _____

