

施設名 (※情報提供先施設の口をチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 仙台ロイヤルケアセンター	<input type="checkbox"/> 仙台青葉ロイヤルケアセンター
<input type="checkbox"/> 利府仙台ロイヤルケアセンター	<input type="checkbox"/> 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)

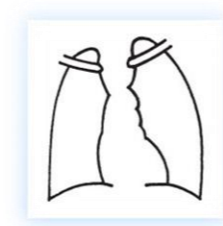
住 所 〒 _____ TEL _____

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	

血液検査	
※検査データのコピー可	
WBC	
RBC	
Hb	
PLT	
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"/> 失見当職 <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 _____ (印)