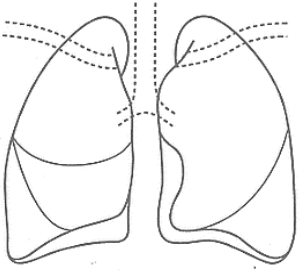


医療法人社団 葵会 診断書

☐ 葵の園・仙台☐ 葵の園・仙台泉☐ 葵の園・仙台東☐ 葵の園・柳生

氏 名			男 ・ 女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	歳
住 所	TEL ()							
病 名				既往歴				
身 長	c m			血 算	赤血球 血色素 ヘマトクリット		白血球 血小板	
体 重	k g BMI ()			生化学 検査	Alb GOT GPT γ-GTP LDH ALP BUN Cr UA		Na K Cl TG T-Cho FBS HbA1c CRP	
栄 養	良 ・ 可 ・ 不良							
視 力	正常 ・ 低下 病名：							
聴 力	正常 ・ 低下 病名：							
麻 痺	無 ・ 有 上肢 左 右 下肢 左 右			感染症	HB s 抗原 () HCV-抗体 () TPHA () MRSA ()			
皮膚症状 (褥 瘡) (浮 腫)	無 ・ 有		症状		尿検査 正常・異常 所見：			
アレルギー	無 ・ 有 (食物・薬物・その他)			血 圧	～ mmHg			
胸部レントゲン所見 				脈 拍	整 ・ 不整 /分			
				心電図所見				
認知症症状	無 ・ 有 ()			HDS-R (/ 30)				
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） <input type="checkbox"/> 正常 <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"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

TEL

医療機関名

医師氏名

印

※以下につきましては別紙（診療情報提供書等）添付でも構いません。

現病歷・既往歷・治療經過等

𠂔方藥

リハビリテーションについて（制限・注意事項）