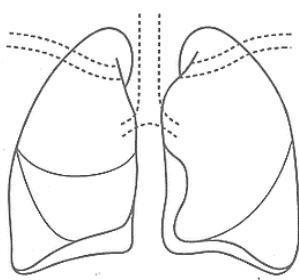


医療法人社団 葵会 診断書

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	cm			血算	赤血球 血色素 ヘマトクリット	白血球 血小板					
体重	kg BMI ()			生化学 検査	Alb	Na					
栄養	良	・	可		・	不良	GOT	K			
視力	正常	・	低下		GPT	Cl					
聽力	正常	・	低下		γ-GTP	TG					
麻痺	無	・	有	LDH	T-Chol						
(浮腫)				ALP	FBS						
皮膚症状	無	・	有	BUN	HbA1c						
(浮腫)				Cr	CRP						
アレルギー	無	・	有	UA							
胸部レントゲン所見				感染症	HBs 抗原 ()						
					HCV-抗体 ()						
				TPHA ()							
				MRSA ()							
				尿検査	正常・異常						
					所見 :						
				血圧	~ mmHg						
				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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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。

現病歴・既往歴・治療経過等

処方箋

リハビリテーションについて（制限・注意事項）