

フリガナ		性別	男 ・ 女					
氏 名		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日		
【郵便番号】	【住所】	【電話番号】						
—		( ) —						
主病名 1)		発病年月日	年	月	不明			
2)		〃	年	月	不明			
その他病名 1)	2)							
3)	4)							
障害老人の日常生活自立度【寝たきり度】 <input type="checkbox"/> ランクJ <input type="checkbox"/> ランクA <input type="checkbox"/> ランクB <input type="checkbox"/> ランクC								
既往歴:現在までの経過・主症状								
身体 状 況	感染症(有・無)	結核の既往	身長・体重	視力(眼疾患)	聴力	血圧	脈拍	
	病名( )	有・無	▪					
	病名( )	年月( )						
	筋力低下	有・無 (部位: )		程度: )				
	麻痺	左	有・無 (部位: )		程度: )			
		右	有・無 (部位: )		程度: )			
	皮膚疾患	有・無 (部位: )		程度: )				
		病名( ) ( )						
	褥瘡	有・無 (部位: )		程度: )				
	拘縮	有・無 (部位: )		程度: )				
便失禁・尿失禁	有・無 (尿・便:時々・常時)							
アレルギー	有・無 (薬物名		食物 )					
使用装具	有・無 (部位: )							
検 査 所 見	血液検査	①白血球数( ) ②赤血球数( )X10000 ③ヘモグロビン( )g/dl						
	血液型:( )	④ヘマトクリット値( )% ⑤ GOT( ) ⑥ GPT( )						
	RH + -	⑦血清総蛋白( ) g/dl ⑧血清アルブミン( )g/dl ⑨中性脂肪( )mg/dl						
	【実施年月日】	⑩総コレステロール( )mg/dl ⑪LDLコレステロール( )mg/dl						
	年 月 日	⑫HDL コレステロール値( )mg/dl⑬尿素窒素(BUN)( )mg/dl						
		⑭クレアチニン( )mg/dl ⑮血糖( )mg/dl ⑯HbA1c(NGSP)( )%						

検査所見	梅毒検査 【実施年月日】 年 月 日	STS 定性 陽性なら TPHA 定性( )	 <p>(異常所見等があればご記入ください。)</p>
	【HBV】(B型肝炎)HBs抗原定性( ) 陽性なら HBe 抗原( )		
	【HCV】(C型肝炎)		
	【MRSA】(部位) 年 月 日 施行		
	胸部X線	撮影:令和 年 月 日 異常なし・異常あり	
	尿検査	尿糖( ) 蛋白( ) 潜血( ) ウロビリノーゲン( )	
	心電図	撮影:令和 年 月 日 異常なし・異常あり (主要所見)	
異常所見を有するその他の検査値 ( )			
精神状況	問題症状 【有・無】	(幻覚・妄想・易怒・興奮・暴言・暴力・徘徊・火の不始末・介護抵抗・性的逸脱行為・不潔行為・昼夜逆転・異食行為・その他) ( )	意思疎通、性格、対人関係(コミュニケーション)
	精神科治療歴		
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			
現在の処方内容			
入所(利用)に対するアドバイス(介護・医療)			
医療機関		令和 年 月 日	
住所		電話( ) -	
医師氏名		印	