

川口市介護保険サービス共用診断書

氏名

男・女

生年月日

大・昭

年

月

日

住所

電話（ ）

病名

1

2

3

4

5

既往歴

内服薬

注射薬

身長

:

cm

体重

:

kg

通常血圧

:

～

/

～

mmHg

脈拍

:

～

/分（整・不整）

心電図検査

特記事項（

（心電図異常の場合は、コピーを添付）

上限

下限

※入浴リハに制限ある場合

収縮期血圧

:

脈拍

:

胸部Xp

:

異常有・無

（特記事項）

CTR

%

撮影令和年

月

日

感染症

:

HBS抗原（－・＋）

HCV抗体（－・＋）

MRSA（－・＋）

（鼻腔咽頭粘液で可）

梅毒（－・＋）

皮膚疾患

:

皮膚湿疹

有・無

※有の場合、疥癬の可能性

有・無

褥瘡

有・無

※有の場合、部位

医療処置

:

胃瘻

有・無

経鼻胃チューブ

有・無

膀胱カテーテル

有・無

気管切開

有・無

その他医療措置（

）

インフルエンザワクチン

:

年

月

日

肺炎球菌接種

有

無

年

月

血液検査

WBC	μℓ	TP	g/dℓ	AST(GOT)	IU/I	血糖	mg/dℓ
RBC	×10 ⁴ μℓ	Alb	g/dℓ	ALT(GPT)	IU/I		食後時間
Hb	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	BNP	pg/mL	HbA1c （糖尿病の方）	
Plt	μℓ	Cr	mg/dℓ	CRP	mg/dℓ		%

特記事項

HDS-R:

点

令和年

月

日

医療機関名

所在地

電話

医師名

印