



氏名	フリガナ	男女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 才
傷病名	(1)	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日)	
	(2)	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日)	
	(3)	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日)	
治療内容 (詳しく)			
処方内容・投薬量			
その他外用 (点眼薬 等)			
検査所見		感染症	
WBC ()	RBC ()	HGB ()	HCV抗体 (- +)
HCT ()	PLT ()		HBs抗原 (- +)
AST ()	ALT ()	T-bill ()	TPHA (- +)
T-cho ()	LDL ()	TP ()	※MRSA (- +)
Alb ()	BUN ()	K ()	※必須ではありません
CRNN ()	Fe ()	血糖 ()	実施日 年 月 日
尿所見		胸部X-P	
糖 ()	蛋白 ()	潜血 ()	
ウロビリノーゲン ()			
実施日 年 月 日		実施日 年 月 日	
心電図			
実施日 年 月 日			
身体の状態			
麻痺 (- +) 部位	失調不随意運動 (- +) 部位	白内障 (- +)	
関節拘縮 (- +) 部位	褥瘡 (- +) 部位	緑内障 (- +)	
筋力低下 (- +) 部位	疥癬 (- +) 部位		
障害老人自立度	<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		
認知症老人自立度	<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		
上記の通り診断します			
平成 年 月 日	住所 _____		
	医療機関 _____		
	医師名 _____		
	TEL _____		FAX _____

注 ①HCV抗体、HBs抗原、TPHAのデータは過去6ヶ月に実施していればそのデータも可です。
 ②胸部X-Pは、フィルムを添付しても構いません。
 ③胸部X-P撮影不可能のケースで呼吸器症状を有しているときは喀痰検査を実施して下さい。
 ④胸部X-P撮影及び心電図検査が不可能な場合は、その理由を記入して下さい。