



氏名	フリガナ	男女	生年月日			
				大・昭・平	年	月
傷病名	(1)	発症年月日 (S・H・R 年 月 日)				
	(2)	発症年月日 (S・H・R 年 月 日)				
	(3)	発症年月日 (S・H・R 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			
HbA1c ( )			胸部X-P			
尿所見						
糖 ( ) 蛋白 ( ) 潜血 ( )						
ウロビリノーゲン ( )			実施日 年 月 日			
心電図			実施日 年 月 日			
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						
令和 年 月 日		住所				
		医療機関				
		科・医師				
		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。