



氏名	フリガナ	男女	生年月日			
			明・大・昭	年	月	日
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			
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			
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	□正常 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2					
認知症老人自立度	□正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □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。