

④ 介護老人保健施設リハビリス井の森・リハビリス日進 入所診断書

フリガナ 氏名	-----		男・女	才	( ) 年 月 日生
住所	〒				
現病歴 ( )内は発症 日を記載下さい	<input type="checkbox"/> 脳血管障害後遺症( 年 月) <input type="checkbox"/> 梗塞・ <input type="checkbox"/> 出血・ <input type="checkbox"/> くも膜下出血・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 認知症( 年 月) <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 高血圧症( 年 月) <input type="checkbox"/> 慢性心不全( 年 月) <input type="checkbox"/> 狭心症( 年 月) <input type="checkbox"/> COPD( 年 月) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症( 年 月) <input type="checkbox"/> パーキンソン氏病又は <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群( 年 月) <input type="checkbox"/> 糖尿病( 年 月) <input type="checkbox"/> その他( )		投薬内容		
身長	cm	既往歴 TBIについては 必ず記載下さい	1. ( 年 月発症)		
体重	Kg		2. ( 年 月発症)		
血圧	~ mmHg		3. ( 年 月発症)		
脈拍	/分(整・不整)		4. ( 年 月発症)		
心電図	(記録日 . . )	胸部XP (3ヶ月以内のもの)	CTR % (撮影日 . . ) ※結核(無・陈旧性有・治療中・要精査)		
アレルギー		食事制限	治療食等		
皮膚疾患	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
	その他の皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )				
特別な医療 (過去14日間 以内に受けた 医療)	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル(コン ドームカテーテル、留置カテーテル等)				
認知症の 中核症状	(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合も含む) ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・危険認知他判断能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		長谷川式またはMMSE 点		
認知症の 周辺症状	(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合も含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )				
マヒ・筋力低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)		関節の拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
移動	<input type="checkbox"/> 自立( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子) <input type="checkbox"/> 介助( <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー)				
総蛋白	LDLコレステロール	K	MRSA (鼻咽頭)	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+) → <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症	
Alb	FBS	RBC	血小板数	HCV抗体	
GOT	クレアチニン	Hb	梅毒TPHA	BNP or NT-proBNP	
GPT	Na	WBC	HBs抗原	その他(糖尿病の方はHbA1C)	
その他特記事項・ご意見 ※治療経過とリハビリテーションや療養生活上の制限等があればご記入下さい。					
上記のとおり診断いたします			令和	年	月 日
住所					
医療機関名			医師名		印