

高齢者福祉サービス利用診断書（養護老人ホーム用）

匝瑳市

|               |   |                             |      |        |
|---------------|---|-----------------------------|------|--------|
| 氏名            |   | 男・女                         | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 住所            |   |                             |      |        |
| 既往症           |   |                             |      |        |
| 現症            | 病名  | 発症年月日                       | 治療内容 |        |
|               | 1.<br>2.<br>3.  |                             |      |        |
| 胸部            |   | 心臓<br>(心電図)                 |      |        |
| 神経系           |   |                             |      |        |
| 脊柱及び四肢        |   |                             |      |        |
| 褥瘡            | 有<br>無  | 1. 部位：<br>2. 大きさ：<br>3. 深さ： |      |        |
| 疥癬            | 有<br>無  | 治療の有無<br>(内容)               |      |        |
| 伝染性疾患         | (梅毒関係) ワッセルマン氏反応<br>(結核関係)<br>(肝炎) HBs <span style="margin-left: 100px;">・ H C v</span><br>(その他伝染性疾患) |                             |      |        |
| 他科受診の状況       | 有<br>無  | 内容：                         |      |        |
| 血圧            |   |                             |      |        |
| 施設利用に当たっての留意点 |   |                             |      |        |
| 投薬 注射 処置等     | 具体的に  |                             |      |        |
| 入院・通院の要否      | ①入院を要する(具体的な診療科目等： )<br>要しない<br>②通院を要する(具体的な診療科目等： )<br>要しない  |                             |      |        |
| 入所(利用)        | 適 ・ 否   |                             |      |        |
| 医療機関          | 診察年月日 令和 年 月 日<br><br>住所<br>病医院名<br>医師氏名<br>電話番号  |                             |      |        |