

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. 2. 3.			
胸 部			心 臓 (心電図)	
神 経 系				
脊柱及び四肢				
褥 瘡	有 無	1. 部 位 : 2. 大 き さ : 3. 深 さ :		
疥 癬	有 無	治療の有無 (内容 )		
伝染性疾患	(梅毒関係) ワッセルマン氏反応 (結核関係) (肝炎) H B s ・ H C v (その他伝染性疾患)			
他科受診の状況	有 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 : ) 要しない ②通院を 要する (具体的な診療科目等 : ) 要しない			
入所 (利用)	適 ・ 否			
医療機関	診察年月日 令和 年 月 日  住 所 病医院名 医師氏名 電話番号			