

施設名 (※情報提供先施設の口をチェックしてください)

仙台ロイヤルケアセンター

仙台青葉ロイヤルケアセンター

利府仙台ロイヤルケアセンター

丸森ロイヤルケアセンター

診 断 書

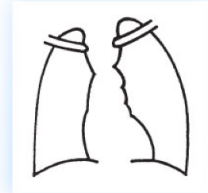
氏 名 様 (男・女)  
 生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日 (歳)  
 住 所 〒 TEL

病 名 (発症年月日)	既往並びに現病歴
現在使用中の薬品 (内服・外用・点眼等)	
※処方箋のコピー可	

血液検査	
※検査データのコピー可	
WBC	
RBC	
Hb	
PLT	
GOT	
GPT	
ALP	
TG	
CRP (定量)	
BUN	
Cre	
Na	

K	
NT-proBNP・BNP	
TP	
アルブミン	
血糖 (食前・食後)	
HbA1C	
身長	
体重	
血圧	
脈	(整・不整)
検尿	蛋白 +・-
	糖 +・-
	潜血 +・-

感染症	
HBs抗原	+・-
HCV抗体	+・-
梅毒	ガラス板 +・-
	TPHA +・-
MRSA	+・-
(検出部位)	( )
緑膿菌	+・-
(検出部位)	( )
感染性皮膚疾患	
疥癬の既往	+・-
時期	( )
その他	

胸部 X線	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし 撮影 年 月 日 所見 	心電図	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> なし 検査 年 月 日 所見
	結核既往 有・無 ( 年 月 )		

身体状況等	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 他 )
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 他 )
	失調・不随意運動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 有 ( )
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 有 ( )
	食事	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 療養食 ( )
	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
その他特記事項		

認知症および精神状況等	
◇日常生活の自立度について	
・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <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
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
◇認知症の中核症状	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし
・日常の意思決定を行うための認知能力	<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
◇認知症の周辺症状	
<input type="checkbox"/> 失見当職	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
<input type="checkbox"/> その他特記事項 ( )	
◇その他の精神・神経症状の有無	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状: )	
◇認知症スケール	
◇長谷川式	◇柄澤式
(施行日 年 月 日)	(施行日 年 月 日)
◇MMSE	◇その他
(施行日 年 月 日)	(施行日 年 月 日)

上記のとおり診断致しました。

年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

科 名

医師名

