川口市介護保険サービス共用診断書

氏 名　　男・女　**生年月日** 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）

住 所　　**電話**（　　）

病名

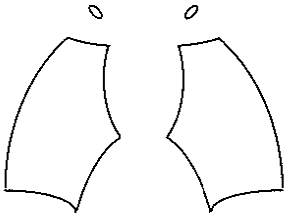
①（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
②（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
③（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
④（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
⑤（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）

既往歴

①（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
②（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
③（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
④（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
⑤（　　年　　月）　　（　　HP）・（手術：有 ／ 無）

【身　　長】：　　cm　　体　重　：　　kg
【通常血圧】：　　～　　／　　～　　mmHg
【脈　　拍】：　　／ 分
【心電図検査】 特記事項（　　）
　　上　限　　下　限　※入浴 / リハに
【収縮期血圧】：＿＿＿＿　＿＿＿＿　制限ある場合
【脈　　拍】：＿＿＿＿　＿＿＿＿

【胸部Xp】：
異常 有 ・ 無
（特記事項）



撮影　　年　　月　　日

【感 染 症】：HBS抗原（－・＋）　HCV抗体（－・＋）　梅 毒（－・＋）
【 検 尿 】：蛋 白（－・＋）　・糖（－・±・＋）
【皮膚疾患】：皮膚湿疹　有・無　※有の場合、疥癬の可能性　有・無
　　褥 瘡　有・無　※有の場合、部位
【アレルギー】：食 事　有・無　・薬　有・無
【医療処置】：胃 瘻　有・無
　　経鼻胃チューブ　有・無　膀胱カテーテル　有・無
　　気管切開　有・無
　　その他医療措置（　　）
【インフルエンザワクチン】接種日：　　年　月　日　【肺炎球菌接種】有　無

【血液検査】

RBC	×10⁴μℓ	BUN	mg/dℓ	血糖	mg/dℓ
Hb	g/dℓ	Cr	mg/dℓ		食後　時間
白血球数	（個／㎣）	TP	g/dℓ	HbA1c（糖尿病の方）	
血小板数	（万／㎣）	Alb	g/dℓ		%
AST（GOT）	IU/l	γ-GTP	（IU／l）		
ALT（GPT）	IU/l				

【特記事項】

・HDS－R:　　点

・認知症高齢者の日常生活自立度【Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M】 ・障害高齢者の日常生活自立度【J・A1・A2・B1・B2・C1・C2】

年　　月　　日　　医療機関名
　　所 在 地
　　電　　話
　　医 師 名　　㊞