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

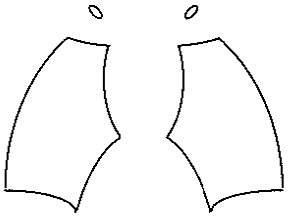
①	（　　年　　月）	（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
②	（　　年　　月）	（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
③	（　　年　　月）	（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
④	（　　年　　月）	（　　HP）・（手術：有 ／ 無）
⑤	（　　年　　月）	（　　HP）・（手術：有 ／ 無）

【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
【収縮期血圧】	：	
【脈　　拍】	：	

※入浴 / リハに制限ある場合

【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（　　）

【新型コロナウィルスワクチン】最終接種日：　　年　　月　E最終接種回数：　　回

【血液検査】

RBC	×10^4μℓ	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	
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　　㊞

特別養護老人ホーム 紫水苑　2023/1/26