

# 西淀川区統一様式診断書

様式3

様

(施設入所用)

|                         |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
|-------------------------|--|--|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|
| フリガナ                    |  |  | <input type="checkbox"/> 男   | 生年月日                       | <input type="checkbox"/> 明治 | 年                          | 月                          | 日 ( 歳) |
| 氏名                      |  |  | <input type="checkbox"/> 女   |                            | <input type="checkbox"/> 大正 |                            |                            |        |
| 住所                      |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 現病名                     |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 既 応 歴                   |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 診療の経過<br>治療の内容<br>与薬・処置 |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
|                         | アレルギー <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 要介護状態                   | <input type="checkbox"/> 申請中   |  | <input type="checkbox"/> 要支援 |                            | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 |                            |        |
|                         | <input type="checkbox"/> 要介護   |  | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3  | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |        |
| 精神状態                    | 認知症高齢者の日常生活自立 <input type="checkbox"/> 正常 <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<br>行動障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末<br><input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 運動機能障害                  | <input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害<br>【部位】  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 皮膚疾患                    | 褥瘡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |  | 処置内容                         |                            |                             |                            |                            |        |
|                         | 疥癬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 血 圧                     | / mmHg   |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 入浴の可否                   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否<br>【入浴制限】 <input type="checkbox"/> 血圧 ( 以上/ 以上) <input type="checkbox"/> 体温 ( °C以上) <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 提供日： 令和 年 月 日           |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 医療機関名                   |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 医療機関所在地                 |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| TEL                     |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| FAX                     |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
| 医師名                     |  |  |                              |                            |                             |                            |                            |        |
|                         |  |  |                              |                            |                             |                            |                            | 印      |

(表)