

病状意見書

年 月 日

医療機関名 _____

担当医師名 _____

⑩

フリガナ			T・S	年	月	日生
氏名	男・女		(歳)			
住所	〒 -		電話()		-	
診断名						
既往歴						
症状経過						
投薬中の薬剤名						
胸部X線	(撮影 年 月 日)所見					
心電図	(検査 年 月 日)所見					
血液生化学検査	GOT 血清アミラーゼ 赤血球数 BS	GPT 総コレステロール Hb CRP	ALP 尿素窒素 白血球数 その他	総蛋白 尿酸 HbA _{1c}		
感染症の有無	HBs抗原 (+・-) 梅毒 (TPHA) (+・-) MRSA (咽頭培養) (+・-)		HCV抗体 (+・-) 結核 (+・-) (尿) (+・-)			
皮膚疾患	疥癬 (+・-)		褥瘡 (+・-)			
精神疾患						
認知症	HDS-R (/ 30) MMSE (/ 30)					
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)					
日常生活動作能力	独歩・杖歩行・歩行器・車椅子 (自立・要監視・一部介助・全介助) 起座動作 (自立・要監視・一部介助・全介助) 食事 (自立・要監視・一部介助・全介助) 排泄 (自立・要監視・一部介助・全介助) 更衣 (自立・要監視・一部介助・全介助) 入浴 (自立・要監視・一部介助・全介助)					
担当医コメント						

※1 検査データに不備がある場合、判定に支障を来すことがあります

※2 各検査データ有効期間は3か月とさせていただきます

R3.7
介護付有料老人ホーム
コンサルテ瀬田