

施設利用診断書

(医療機関 → 西尾老人保健施設)

氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生
傷病名	① _____ (年 月 日)		
	② _____ (年 月 日)		
	③ _____ (年 月 日)		
	④ _____ (年 月 日)		
	⑤ _____ (年 月 日)		
	⑥ _____ (年 月 日)		
診断内容			
投薬内容			
感染症の有無	ワ氏 (+ ・ -) HBs抗原 (+ ・ -) HCV抗体 (+ ・ -) MRSA (+ 部位: _____ ・ -) 検査 (年 月 日)		
認知症の有無	無し ・ 有 (軽度 ・ 中等度 ・ 重度)		
四肢運動機能の障害	無し ・ 有 (部位: _____)		
他科受診歴	無し ・ 有 (病院名: _____ 科名: _____ 医師名: _____)		
特別食	無し ・ 有: 塩分 (_____) g未満、エネルギー (_____) kcal その他 (_____)		
上記の通り診断します。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関住所: _____ 医療機関名: _____ 担当医師名: _____			
施設処理欄 認知症フロアの必要性 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 医師確認: _____ (確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)			