

# 施設利用診断書

(医療機関 → にしお老人保健施設 彩り)

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: _____ ・ - ) <span style="margin-left: 150px;">検査 ( 年 月 日)</span>					
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。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関住所: _____ <span style="margin-left: 150px;">医療機関名: _____</span> <span style="margin-left: 150px;">担当医師名: _____</span>						
<b>施設処理欄</b> 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)						