

## 診 断 書 (老人福祉関係)

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	血液型	型
住所	町 番 号	血 圧	最高 mmHg	最低 mmHg	平均体温		度

1. 現在の主な病気	症 状 及 び 検 査 結 果 等
①	
②	

2. 伝染性疾患の有無			
L U E S	有・無	有の場合の感染の恐れ	有・無
H B 抗 原	有・無	//	有・無
結 核	有・無	//	有・無
皮 膚 疾 患	有・無	//	有・無
その他 ( )	有・無	//	有・無

3. 治療の必要性
ア. 要入院           イ. 要通院
ウ. 入通院必要なし

4. 入浴の可否
可・不可 (                   )

5. 身体状況	
①運動麻痺	有 (上肢=右・左) (下肢=右・左)           ・ 無
②言語障害	有 (聴取=可能・不能)                           ・ 無
③視力障害	有 (右・左)
④聴力障害	有 (右・左) (難聴・会話可能・会話不能)           ・ 無
⑤認 知	有 (軽度・中度・重度)                           ・ 無
⑥排 泄	自力可・便尿器使用 (自力可・半介助・全介助) ・おむつ使用
⑦食 事	自力可・半介助・全介助
⑧歩 行	自力可・杖使用・車椅子使用 (自力可・半介助・全介助) ・寝たきり
⑨体動状態	起座 (可能・不能)                   体位変換 (可能・不能)
⑩その他	精神神経病異常                   有   ・ 無
	移 送                                   可 能 ・ 不 能

6. その他
視診・聴診・栄養 状況等の所見

以下の通り診断します。	
	年   月   日
住 所	
医 師	氏 名                                   Ⓜ

(注) 1 特に伝感性疾患を有し、他の者に伝染させる恐れがあるかを診断して下さい。  
2 必要な検査料等は、本人が負担します。