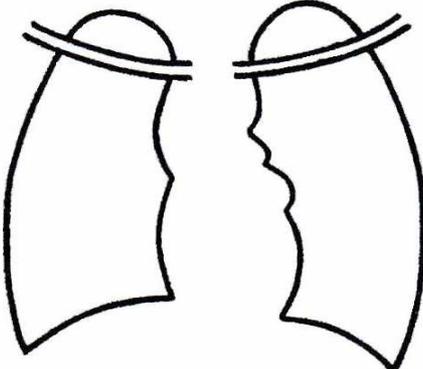


介護老人保健施設 かーさ・あもーれ 利用診断書

氏名		男・女	M T S	年	月	日生	歳	
住所								
診 断 事 項								
病名	1、					(年	月発症)
	2、					(年	月発症)
	3、					(年	月発症)
既往歴	1、					(年	月発症)
	2、					(年	月発症)
	3、					(年	月発症)
身長	cm	血液検査		(検査日 年 月 日)				
体重	kg	WBC		血小板		Na		
認知症 (具体例) 有(軽・中・重)・無		RBC		CRP		K		
		Hb		BUN		Cl		
		Ht		クレアチニン				
		血糖値		HbA1C		(糖尿病患者のみ)		
胸部X線	現在の治療 投薬内容 その他 <div style="text-align: center;">  </div>							
異常 : 有()・無								
撮影日 年 月 日 *但し3ヶ月以内								
感染症 有()・無								
褥瘡 有()・無								
アレルギー(食物・薬) 有()・無								
上記の通り診断します。						年	月	日
住所								
医療機関名								
医師名								印

公益財団法人 浅香山病院 介護老人保健施設 かーさ・あもーれ

〒590-0018 堺市堺区今池町3-3-16

TEL 072-229-4882

FAX 072-222-9039