

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生
住所	TEL —					
現疾患 _____ (年 月 日発病) _____ (年 月 日発病) _____ (年 月 日発病)			既往症 _____ (年 月頃) _____ (年 月頃) _____ (年 月頃)			
現在の状況 【病状としての見通し】 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 【リハビリの可能性】 <input type="checkbox"/> 積極的に <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 不可 【受診状況】 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> なし 【受診手段・方法】 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 往診 【服薬指示】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
投薬内容 (複写添付可能)						指示事項 (リハビリやインスリン、洗腸等特に必要なある場合に記入)
【介護に際して注意すべき特記事項 (認知症の程度・精神神経症状の有無等)】						
感染症 疥癬 (あり ・ なし) MRSA (現在症状がなく検査不要 ・ + ・ -) 肺結核 胸部 X 線 (年 月) 所見 () その他 (疾患名)						
過去の肝炎検査 (実施 未 ・ 済) 結果 HBs (+ ・ -) HCV (+ ・ -) 検査年月日 (年 月 日) ※ 上記記載は複写添付でも代替可能						
入浴の可否 (可 ・ 否) 入浴中止時 血圧 / mmHg 以上 / mmHg 以下 体温 °C 以上 脈拍・呼吸についての中止事項 ()			運動の可否 (可 ・ 否) 運動中止時 血圧 / mmHg 以上 / mmHg 以下 体温 °C 以上 脈拍・呼吸についての中止事項 ()			
送迎車での送迎の可否 (可 ・ 否) 移動時の福祉用具使用の必要 (車いす ・ ストレッチャー ・ 杖)						
その他参考意見 (血圧・摂食・移動等)						
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 主治医 住所 氏名						