

病状意見書

年 月 日

医療機関名 _____

担当医師名 _____

㊞

フリガナ				M・T・S	年	月	日生
氏名				男・女	(歳)		
住所	〒 _____			電話(_____)	_____		
診断名							
既往歴							
症状経過							
投薬中の薬剤名							
胸部X線	(撮影 年 月 日)所見						
心電図	(検査 年 月 日)所見						
血液生化学検査	GOT 血清アミラーゼ 赤血球数 BS	GPT 総コレステロール Hb CRP	ALP 尿素窒素 白血球数 その他	総蛋白 尿酸 HbA _{1c}			
感染症の有無	HBs抗原 (+・-) 梅毒 (TPHA) (+・-) MRSA (咽頭培養) (+・-)		HCV抗体 (+・-) 結核 (+・-) (尿) (+・-)				
皮膚疾患	疥癬 (+・-)		褥瘡 (+・-)				
精神疾患							
認知症	HDS-R (/ 30) MMSE (/ 30)						
日常生活動作能力	独歩・杖歩行・歩行器・車椅子 (自立・要監視・一部介助・全介助) 起座動作 (自立・要監視・一部介助・全介助) 食事 (自立・要監視・一部介助・全介助) 排泄 (自立・要監視・一部介助・全介助) 更衣 (自立・要監視・一部介助・全介助) 入浴 (自立・要監視・一部介助・全介助)						
担当医コメント							

※1 検査データに不備がある場合、判定に支障を来すことがあります
 ※2 各検査データ有効期間は3か月とさせていただきます

R2.2.1
 介護付有料老人ホーム
 コンソルテ瀬田