

病状意見書

令和 年 月 日

医療機関 _____

診療科 _____

担当医師 _____ (印)

フリガナ			
氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 (歳)
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		
身長	cm	食べ物 アレルギー	
体重	kg		
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
感染症の有無	HBs抗原 (+・-) 梅毒 (TPHA) (+・-) MRSA (咽頭培養) (+・-)	HCV抗体 (+・-) 結核 (+・-) 尿蛋白 (+・-)	総蛋白 尿酸 HbA _{1c}
皮膚疾患	疥癬 (+・-)	褥瘡 (+・-)	
精神疾患			
認知症	HDS-R (/ 30) MMSE (/ 30)		
医療処置等	1. 透析 2. ストーマの処置 3. 酸素療法 4. 疼痛の看護 5. 経管栄養 6. 褥瘡の処置 7. ペースメーカー植え込み 8. 気管切開の処置 9. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル 等) 10. その他()		
担当医師コメント			

※1 検査データに不備がある場合、入居判定に支障を来すことがあります。

※2 各検査データの有効期限は3か月とさせていただきます。

住宅型有料老人ホーム コンソルテ新緑苑

〒520-2134 滋賀県大津市瀬田4丁目1-2

TEL 077-548-6110 FAX 077-548-6116

H30.1.1