

枚方市介護サービス共通診断書（2枚目）

介護老人保健施設等用

血液検査データ( 年 月 日)				感染症データ							
白血球	/μl	総蛋白	g/dl	MRSA	-	+	喀痰・咽頭・鼻腔・尿・皮膚・その他				
赤血球	万/μl	アルブミン	g/dl	心電図							
血色素	g/dl	GOT(AST)	IU/l	異常なし・異常あり							
ヘマトクリット	%	GPT(ALT)	IU/l	所見							
血小板	万/μl	ALP	IU/l								
Na	mEq/l	LDH	IU/l								
K	mEq/l	r-GTP	IU/l								
Cl	mEq/l	血糖	mg/dl								
総コレステロール	mg/dl	HbA1c	%								
中性脂肪	mg/dl	尿素窒素	mg/dl								
CRP	mg/dl	クレアチニン	mg/dl	( 年 月 日撮影)							
BNP		尿酸	mg/dl	疥癬	無・有(部位: )						
尿検査		( )		じょくそう	無・有(部位: )						
糖		( )		皮膚疾患	無・有( )						
蛋白		身長	cm	視力障害	右	無・有		聴力障害	右	無・有	
潜血		体重	kg		左	無・有			左	無・有	

言語障害	無・有	排せつ	自立・見守り・一部介助・全介助	移動	自立・見守り・一部介助・全介助
嚥下障害	無・有	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	移動方法	杖・手押し車・歩行器・車いす
四肢の運動障害	麻痺 無・有(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他)			食事介助	自立・一部介助・全介助
食事形態	普通・きざみ・ミキサー食・その他( )		療養食	普通・糖尿食・減塩食・その他( )	

◎記載上の留意点

1. 記入できる範囲で全ての項目について記載してください。
2. 斜線部分については、記載不要です。(不要な項目には、事業者が事前に斜線を記載してください。)
3. その他