

セントラル・ビオス入居時診断書 (該当するものに○印)

ふりがな				現住所
氏名	〒□□□□-□□□□			
生年月日	年 月 日生	才	電話()	-
現病歴				結核の既往 有・無 有の場合 受診状態
既往歴				定期検診の必要性 有・無 治療のあるとき(詳細)
輸血歴 有・無	経管栄養 有・無 ()			
アレルギー 有・無	尿道カテーテル 有・無	その他の感染症 有・無		
薬 食べ物	失禁(尿・便) 無・時々・常時	HBS抗原() 抗体()		
	人工肛門 有・無	HCVウイルス抗体()		
花粉症 有・無	在宅酸素 有・無	肺炎球菌ワクチン接種 有・無		
皮膚状態	褥瘡 有・無 部位()	身長 cm / 体重 kg		
	アトピー性皮膚炎 有・無 日光過敏 有・無	半年間で体重3kg以上の増減 有・無	血压状態 /	心拍()
認知症	有・無 (軽度 中度 重度)	睡眠の状態 幻覚 せん妄 暴言・暴力 徘徊 不潔行為 良眠・不眠・眠剤使用		
麻痺	有・無 有の場合 不全麻痺・全麻痺	部位 右 : 上肢 下肢 左 : 上肢 下肢		
言語障害	有・無 失語症/構音障害	嚥下状態	良・不良 /	誤嚥性肺炎 有・無
聴力障害	有・無 (補聴器使用 有・無)	視力障害	有・無 (眼鏡使用 有・無)	
心臓 (必要な場合 心電図)				

生化学	尿検査	血清	梅毒検査	肝炎検査
TP	糖	WBC	ガラス板定性	HBS
T-Bil	蛋白	RBC ×10000	陽性時 ガラス板定量	HCV
BUN	潜血反応	Hg	TPHA定量	
Cr	ウロビリノーゲン	HT %	MRSA 鼻腔()	
GOT	所見			
GPT				
γ-GP				
血糖値				
1) 経過概要			現在の治療方法(処方を含む)	
2) 最近の症状(安全性等)				
3) 注意すべき点				
(その他検査で注意を要する項目等)			胸部X線検査	
(コメント)			撮影日 年 月 日 (直接・関節 No.)	
			異常(有・無)	
診断医師	平成 年 月 日()	住所	電話()	-
	氏名	印		