診　　断　　書　（原爆ホーム申請用）

氏 名	M・T・S　年　月　日（　歳）	住 所	
現傷病名又は後遺症	1.（発病　年　月　日） 2.（発病　年　月　日）	既往症	1. 2.
経過並びに現症状		検査事項	結核症　・・・　無　・　有 梅毒　・・・・　－　・　＋（　） ＨＢＶ　・・・　－　・　＋（　） ＨＣＶ　・・・　－　・　＋（　） 伝染性皮膚疾患　無　・　有

体動状態

歩行〔独 歩 / 要介助 / 不 能〕　起坐〔可 能 / 要介助 / 不 能〕　体位変換〔可 能 / 要介助 / 不 能〕

四肢の運動障害	四肢の知覚障害
有〔上肢　両 右 左 / 下肢　両 右 左〕　無	有〔上肢　両 右 左 / 下肢　両 右 左〕　無

食事摂取状況

自立　一部介助　全介助

排泄状況

自立　一部介助　全介助

言語又は構音障害

有　（聴取可能・不能）　無

聴力障害

有　（会話可能・不能）　無

視力障害

有　無

精神状態

1 正常

2 精神障害あり

（1）認知症　① 記憶障害　② 見当識障害
③ 失語 ・ 失認 ・ 失行 ・ 実行機能障害

（2）徘徊、大声を出す等問題行動
（3）抑うつ状態
（4）不安
（5）妄想
（6）睡眠障害
（7）飲酒癖

※ 認知症がある方　長谷川式（　点）
年　月　日施行（認知症無、施行無は記入不要）

3 知的障害あり

その他特記事項

※ 医療的な処置　有（内容　）無　※ 褥瘡　有（ステージ　）　無

年　月　日

住所

施設又は医療機関名

医 師 氏 名