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 有〔上肢　両 右 左 / 下肢　両 右 左〕　無	四肢の知覚障害 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	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
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	

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