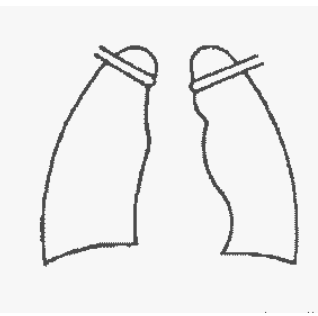


# 介護老人保健施設 診断書

ふりがな 氏名		様(男・女)		生年月日	M・T・S 年 月 日生(満 歳)
住 所				電 話	
身長	cm	体重	kg	血 圧 / mmHg	脈拍数 /分 不整脈 無・有
検尿	蛋白 ( ), 糖 ( ), 潜血 ( )				
感染症	無・有 (疥癬・結核・MRSA・B型肝炎・C型肝炎)				
生化学的検査	検査結果の添付をお願いいたします。		血液学的検査	検査結果の添付をお願いいたします。	
アレルギー	無・有 ( )				
胸部X線	撮影 年 月 日(直・間) ※ 3ヶ月以内に撮影したもの。 心胸郭比 % 異常なし・異常あり ( )				
	現在の傷病名および発症年月				
①	(発症年月 年 月)			①	(発症期間 年 月 ~ 年 月)
②	(発症年月 年 月)			②	(発症期間 年 月 ~ 年 月)
③	(発症年月 年 月)			③	(発症期間 年 月 ~ 年 月)
④	(発症年月 年 月)			④	(発症期間 年 月 ~ 年 月)
⑤	(発症年月 年 月)			⑤	(発症期間 年 月 ~ 年 月)
現病歴 (臨床経過、合併症について、注意点等記入して下さい。)					
現在の治療、投薬内容 (軟膏、点眼等含む。)					
特記事項 (問題行動等があれば、具体的に記入して下さい。)					
上記のとおり診断します。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					
住所					
医療機関名		医師名		(印)	