

診 断 書

住所

氏名 男・女 (大・昭 年 月 日生)

上記の者に対する検査は、下記の通りです。

年 月 日

医療機関の所在地

名 称

医 師 名

印

記

診 断 名			
主 訴			
既 往 歴	血 圧 測 定	収縮期圧	mmHg
		拡張期圧	mmHg
心 電 図	尿 定 性 検 査	蛋 白 ()	
		糖 ()	
		潜 血 ()	
胸 部 レントゲン	肝 炎 検 査	H B s 抗 原 ()	
		H C V 抗 体 ()	
	血 清 検 査	R P R 定 性 ()	
		T P H A 定 性 ()	
施設入所・サービス利用についての所見 (伝染性疾患・感染症などについて)			
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)		認知症高齢者の日常生活自立度	
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b	
<input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2		<input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
処方薬			