

診 断 書

フリガナ				性別	男 ・ 女		
氏名							
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日生	年齢	歳	
住所	(〒)						
TEL			携 帯				
主病名 (病歴)							
血 圧	通常血圧 / 脈拍 / 分			<input type="checkbox"/> 整			
				<input type="checkbox"/> 不整			
感染症等	梅毒反応		結核		MRSA		胸部レントゲン
	ワ氏 (+ ・ -)		有	無	有	無	
	TPHA (+ ・ -)		有の場合の所見		有の場合の所見		
	HBV		HCV		皮膚疾患		
	有	無	有	無	有	無	
	有の場合の所見		有の場合の所見		有の場合の所見		
認知症	無 ・ 軽 ・ 中 ・ 重		問題行動	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他：			
特別な処置の必要性	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カテーテル (留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> その他 ()						
処 方							
その他注意すべき事項							
平成 年 月 日							
所在地							
名称							
医師名							
電話番号							