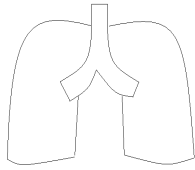


# 診 断 書

ふりがな氏名		男 女	生年 月日	明・大 昭	年	月	日	(歳)
ふりがな住所	〒 — — TEL — —							
疾病名 (合併症名及び身体障害名)	1:	発病(受傷) 大・昭・平 年 月 頃						
	2:	発病(受傷) 大・昭・平 年 月 頃						
	3:	発病(受傷) 大・昭・平 年 月 頃						
	4:	発病(受傷) 大・昭・平 年 月 頃						
	5:	発病(受傷) 大・昭・平 年 月 頃						
現在の傷病の経過及び治療							投薬内容 (月 日現在)	
認知症	有・無 (重度・中度・軽度)							
日常生活に及ぼす身体・精神障害の状態								
身長	cm	体重	kg	血圧	mHg	脈拍		
視力障害	有・無		眼鏡(有・無)	感染症	HBs抗原( ) ワ氏( )			
聴力障害	有・無		補聴器(有・無)		HBs抗体( ) MRSA( ) HCV ( )			
歯科受診の必要性	有・無			胸部 X線	異常: 有・無 	血清化学などの検査		
	部位					総蛋白	g/dl	
褥瘡	有・無					アルブミン	g/dl	
	処置内容					血色素	g/dl	
			クレアチニン			mg/dl		
					尿素窒素	mg/dl		
					中性脂肪	mg/dl		
					総コレステロール	mg/dl		
					血糖(随時)	mg/dl		
					K	mg/dl		
結核既往	有・無			心電図	異常なし 異常有(所見: )			
喘息既往	有・無			その他の医療処置				
<p>上記のとおり診断します。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 医療機関名 担当 医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								

※検査データのコピーも添付してください。