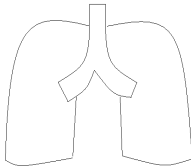


診 断 書

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) 昭・平・令 年 月 頃					
	2 :		発病 (受傷) 昭・平・令 年 月 頃					
	3 :		発病 (受傷) 昭・平・令 年 月 頃					
	4 :		発病 (受傷) 昭・平・令 年 月 頃					
	5 :		発病 (受傷) 昭・平・令 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	HB s抗原() ワ 氏 ()			
聴力障害	有 ・ 無		補聴器 (有・無)		HB s抗体() MRSA() HCV ()			
歯 科 受 診 の 必 要 性				胸 部 X 線	異常：有・無 	血清化学などの検査		
						総蛋白	g/dl	
褥 瘡	有 ・ 無					アルブミン	g/dl	
	部 位					血色素	g/dl	
	処置内容					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				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 担当 医師名 印								

※検査データのコピーも添付してください。