

診 断 書

(有料老人ホーム ホームランドあべの 様式)

名前		生年月日	明 大 昭	年 月 日	年齢	
住所	〒			性別	男 ・ 女	
身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	
視力	右 ()	聴力	右 1000hz所見 あり ・ なし 4000hz所見 あり ・ なし			
	左 ()		左 1000hz所見 あり ・ なし 4000hz所見 あり ・ なし			
主な疾患	①		④			
	②		⑤			
	③		⑥			
胸部 X線	異常あり ・ 異常なし 平成 年 月 日 (特記すべきもの)		心電図	異常あり ・ 異常なし (特記すべきもの)		
感染症	HBsAg () HCV () HCV-RNA () MRSA () 結核既往 : 無 ・ 有 (年 月頃) その他感染症 : 無 ・ 有 ()					
皮膚疾患	褥瘡・疥癬など特記すべきもの		眼耳鼻咽喉	特記すべきもの		
血液型	型 Rh		認知度	軽度 ・ 中度 ・ 重度		
尿検査	糖 () 蛋白 ()		ウルビリノーゲン ()			
栄養の状況	良 可 不可		血圧	/		
現在の治療 投薬内容						
特記事項						
上記の通り診断します						
平成 年 月 日						
所在地						
医療機関の名称						
医師氏名 (印)						