

介護老人保健施設 総和苑 診断書

本人	氏名		男・女	明 大 昭 年 月 日 歳				
	住所							
身長・体重		c m			k g			
既往歴								
現 症								
服用薬剤								
生化学検査 検 尿	TP	Alb	GOT	GPT	T-CHO	TG	LDL-C	
	UA	BUN	CRE	Na	K	Cl	HbA1c	
	WBC	RBC	Hb	Ht	尿蛋白	尿糖	尿潜血	
感染性疾患	結 核 (胸部X線)	+	-	感染の可能性	有	無		
	肝 炎 (HBs 抗原)	+	-	感染の可能性	有	無		
	(HCV 抗体)	+	-	感染の可能性	有	無		
	梅毒反応	+	-	感染の可能性	有	無		
	その他の感染性疾患 (疑いがある場合は実施して下さい。検査料は利用者負担となります。)				感染の可能性	有	無	
注意事項 (陽性の場合に記入して下さい。)								
皮膚疾患	有	無)
褥 瘡	有	無)
血 圧	通常血圧値			~	程度			
精神の状態	(認知症・精神病・慢性中毒・問題行動・その他)							
医師の所見	施設等利用の可否		可	否)
	入浴の可否		可	否)
	特記事項)
医療機関名	上記のとおり診断いたします。			平成	年	月	日	
	所 在 地							
	医療機関の名称							
	医 師							