

# 入居診断書

ふりがな				男	生年	明・大・昭和							
氏名				女	月日	年 月 日 ( ) 歳							
住所	〒												
						TEL ( )							
既往歴および現在の病状経過						身長	c m	体重	k g				
						アレルギー		有・無		薬		( )	
										食物		( )	
						管の留置		有・無		( )			
						人工肛門		有・無		( )			
						治療食		有・無		( )			
						視力障害		有・無		( )			
						聴覚障害		有・無		( )			
						言語障害		有・無		( )			
						嚥下障害		有・無		( )			
運動麻痺		有・無		( )									
認知症		有・無		( )									
要介護					障害者手帳				有・無 ( ) 級				
検査年月日		平成 月 日		血压		/							
HBs抗原		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		HCV抗体		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		Wa氏	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -				
尿蛋白 ( )		糖 ( )		MRSA 鼻腔 ( )		咽頭 ( )		疥癬 ( )					
WBC		RBC		HCT		Hb		Plt					
GPT		GOT		血糖		Cr		BUN					
Na		K		総蛋白		T-Ch o		ALB					
心電図所見					胸部X-P所見								
										処方内容			
上記の通り診断いたします。													
平成 年 月 日		所在地		医療機関名		TEL							
医師名					印								