

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 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								令和 年 月 日
所在地								
医療機関の名称								
医師氏名								(印)