

# 診断書



ふりがな		性別 ( 男性 ・ 女性 )			
氏名		生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日 (満 歳)			
住所 -		身長 c m 体重 k g			
認知症老人の日常生活自立度		正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M			
診断名	1	3			
	2	4			
現病歴					
既往歴					
情報薬					
血液一般	WBC	感染症	HBs	<input type="checkbox"/> 陰性 (-)	<input type="checkbox"/> 陽性 (+)
	RBC		HCV	<input type="checkbox"/> 陰性 (-)	<input type="checkbox"/> 陽性 (+)
	Hb		TPHA	<input type="checkbox"/> 陰性 (-)	<input type="checkbox"/> 陽性 (+)
	Ht		MRSA	<input type="checkbox"/> 陰性 (-)	<input type="checkbox"/> 陽性 (+)
肝機能	AST	アレルギー 有・無			
	ALT	( )			
	γ-GTP				
脂質	T-cho	義菌	有・無	(上・下)	( )
	HDL-cho	補聴器	有・無	(左・右)	( )
	TG	血压		/	mmHg
電解質	Na	体温		.	℃
	Cl	皮膚疾患	有・無	( )	( )
	K	疥癬	有・無	( )	( )
	Fe	褥瘡	有・無	( )	( )
血糖	GLU	その他	( )	( )	( )
腎機能	BUN	その他留意事項ございましたらご記入ください。			
	Cr				
	UA				
尿一般	糖				
	蛋白				
	潜血				
	ウロビリ				
胸部X線 撮影 (直接・間接)		撮影日 年 月 日	心電図検査		
		<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		

上記の通り診断します。

所在地

年 月 日

医療機関名

担当医師名