

# 診断書



□お手数をおかけしますが、可能な範囲でご記入をお願い申し上げます □これ以外の書式でも結構です

氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所						

傷病名			経過			
処方薬						

血圧	/	mmHg	脈拍	/分	整・不整	体重	kg	身長	cm
視力障害	無・有 ( )		*眼鏡	無・有		聴力障害	無・有	*補聴器	無・有
歩行障害	無・有 ( )		構語障害	無・有		褥創	無・有 ( )		
麻痺	無・有 (上肢-左・右 下肢-左・右)		アレルギー	無・有 ( )					

認知症	無・有 (HDS-R / 30 点)	*周辺症状	無・有 ( )
気管切開チューブ	無・有	胃ろう	無・有
その他の特別な処置 ( )			

採血データ : 日付						胸部 X P				
総蛋白		総コレステロール		ヘモグロビン						
GOT		中性脂肪		赤血球	万					
GPT		Na		白血球						
γ GTP		K		血小板	万					
BUN		血糖		血液型	( )					
クレアチニン		HbA1c								
尿酸										
感染症					検尿				E C G	
HBs 抗原		HCV 抗体		MRSA		蛋白		潜血		
RPR		TPHA				糖				

上記の通り診断致します

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印