

診 断 書

ふりがな 氏 名		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	歳	男・女
住 所					発 病 年 月 日
既往症					発 病
					年 月 日 年 月 日 年 月 日
現病歴					発 病
					年 月 日 年 月 日 年 月 日

現 症

麻 痺	なし ・ あり 上肢（右・左） 下肢（右・左）				
関節拘縮	なし ・ あり 部位				
運動障害	なし ・ あり 部位				
排尿状態	正常 ・ 頻尿 ・ 排尿困難 ・ 尿閉 ・ 失禁状態				
精神障害					
皮膚疾患 褥 瘡	なし ・ あり 褥瘡部位（ ） その他（ ）				
栄養状態	栄養（良い・普通・不良） 身長 cm 体重 kg				

一般検診

血液型	型				
聴打診	心 雑 音（あり・なし） 不 整 脈（あり・なし）				
心電図所見					
血 圧	／				
ワ氏反応	ガラス板法（+・-）・凝集法（+・-）・TPHA法（+・-）			伝染性の可能性 あり ・ なし	
HBs検査	HBs抗原（+・-） HBs抗体（+・-） *HBs抗原+の場合は、HBeの抗原（+・-） 抗体（+・-）検査結果による。			伝染性の可能性 あり ・ なし	
胸部X線 結核所見				伝染性の可能性 あり ・ なし	
その他伝 染性疾患の 有 無	(MRSI など)			伝染性の可能性 あり ・ なし	
医療の状況	入院（要・否） ・ 通院（要・否） ・ 往診（要・否） ・ 服薬（あり・なし）				
食事の状況	食事制限 なし あり（ ）				
医 師 所 見	・在宅福祉サービス利用の所見（可・不可）			現在の処方内容	
	・ケアハウス入所について（適・否）				

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日 医療機関名

医 師 名

印

