

入所用診断書				
氏 名		性別	生年月日	年齢
住 所				
現病歴			投薬名	
感染症	梅 毒	☐ 有 ☐ 無	有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無	
	H B s 抗原	☐ 有 ☐ 無	有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無	
	結 核	☐ 有 ☐ 無	有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無	
	皮膚感染	☐ 有 ☐ 無	有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無	
認知症の種類	☐ 認知症無 ☐ アルツハイマー型認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症 ☐ 血管性認知症 ☐ 不明 ☐ その他（ ）			
認知症自立度		寝たきり度		
身体測定		cm	kg	
上記の通り診断いたしました。 令和 年 月 日				
担当医師名 印				