

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 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 有の場合に感染の恐れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | HBs抗原 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 有の場合に感染の恐れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 結核 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 有の場合に感染の恐れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 皮膚感染 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 有の場合に感染の恐れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 認知症の種類 | | <input type="checkbox"/> 認知症無 <input type="checkbox"/> マー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 () | | | <input type="checkbox"/> アルツハイ | |
| 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 | | | | (自署) | | |