

# 診 断 書

医療法人博勇会 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 月 日 生( \_\_\_\_\_ 歳)

〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_ 丁目

傷病名及び発症年月日	
1 _____	1 発 症 年 月 日 (昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
2 _____	2 発 症 年 月 日 (昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
3 _____	3 発 症 年 月 日 (昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
4 _____	4 発 症 年 月 日 (昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
5 _____	5 発 症 年 月 日 (昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
症状経過及び治療経過	
_____ _____ _____	
現在の処方内容	感染症の有無
_____ _____ _____ _____ _____	HBs抗原 (陰性・陽性) HCV抗体 (陰性・陽性) TPHA定性 (陰性・陽性) 疥 癬 (無・疑・有) M R S A (陽性・保菌者) (喀痰・鼻腔・尿)
血 圧 _____ ~ _____ mmHg	検尿 蛋白( ) 糖( ) 潜血( )
入浴サービス利用の可否 可・否	特記事項
入浴許可範囲 収縮期血圧 ~ _____ mmHg 拡張期血圧 ~ _____ mmHg	サービスにあたっての注意事項等
体温 _____ °C	認知症 有・無 (軽度・中度・重度)
脈拍 _____ ~ _____	
心電図( _____ 年 _____ 月 _____ 日実施)	胸部 X-P ( _____ 年 _____ 月 _____ 日実施)
所見 異常なし・異常あり	所見 異常なし・異常あり
_____	_____
_____	_____
各サービスの利用の可否に○を付けて下さい。	
通所リハビリ ・ デイサービス ・ 訪問リハビリ ・ 訪問看護 ・ 訪問介護	

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医 師 名 \_\_\_\_\_