

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 大阪市 _____ 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 入浴許可範囲 血圧 ~ mmHg 体温 °C 脈拍	特 記 事 項 サービスにあたっての注意事項等 痴 呆 有 ・ 無 (軽 度 ・ 中 度 ・ 重 度) ----- -----
--	---

心 電 図 (年 月 日 実 施) 所 見 異常なし ・ 異常有り ----- ----- -----	胸 部 X-P (年 月 日 実 施) 所 見 異常なし ・ 異常有り ----- ----- -----
---	---

各サービスの利用の可否に○を付けて下さい。

デイサービス
 通所リハビリ
 訪問看護
 訪問リハビリ
 訪問介護

平成 年 月 日

郵便番号
住 所
医療機関名
医 師 名

印