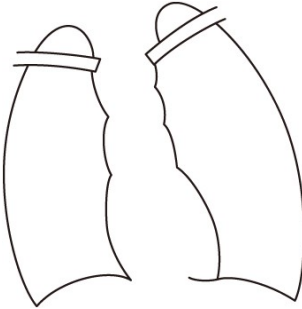


介護老人福祉施設入所に関する診断書

氏名	様 (男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
住所		電話	
身長・体重		感染症	HBs(+・-) 抗体(+・-) HCV(+・-)
血圧			TPHA(+・-)RPR(+・-) その他
検尿	蛋白 糖 ウロビリノーゲン	施設での生活上の注意事項(歩行・食事・認知症 等)	
現在治療中の疾病名・経過及び通院の状況		障害老人の日常生活自立度	
		正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
		認知症老人の日常生活自立度	
現在の投薬状況		正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
		胸部X線所見	
既往歴		撮影日 年 月 日	
		直接 間接 透視	
			
		異常なし・異常あり()	
		令和 年 月 日	
上記のとおり診断します。			
住所			
医療機関名			
医師名			
(印)			