

# 半田市介護サービス利用のための診断書

氏 名		男・女	M T S	年	月	日生
住 所	TEL					
診 断 名	身 長	cm				
	体 重	kg				
	血 圧	/ mmHg				
	検 尿	蛋白 (      ) 糖 (      ) 潜血 (      )				
現 病 歴 お よ び 投 薬 内 容	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 5px;">                     他院で治療・処方を受けている疾患の情報も把握していれば記入してください。                 </div>	胸 部 レントゲン	平成      年      月      日撮影 直接                      間接			
		感 染 症 疾 患 の 有 無	検査日      年      月      日 HBs抗原 (      ) HCV (      ) 梅毒反応 (      ) その他			
歩行、排泄、 入浴の能力 や 問題行動の 有無などの 心身の状況	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 5px;">                     心身の状況について、程度、頻度、具体的なエピソード等、介護サービス提供時の留意点や配慮が必要なこと等を書いてください。                 </div>	既 往 歴 お よ び ア レ ル ギ ー の 有 無				
上記のとおり診断します。(有効期限は診断日より12か月)						
平成      年      月      日		住所				
		医療機関名				
		医師氏名				
		TEL				
		FAX				
						印