

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 ()		
現 病 歴 お よ び 投 薬 内 容	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。	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
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	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。		HBs抗原 ()			
			HCV ()			
			梅毒反応 ()			
		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	印	
				TEL		
				FAX		