半田市介護サービス利用のための診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 男・女 | ＭＴ　　　　年　　　　月　　　　日生Ｓ |
| 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 |  | 胸部レントゲン | 　　　　　　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 |  |
| 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） |
|  　　　　　年　　　月　　　日 | 住所医療機関名医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印ＴＥＬＦＡＸ |

平成２８年９月改訂

半田市在宅ケア推進地域連絡協議会