半田市介護サービス利用のための診断書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | 男・女 | Ｍ  Ｔ　　　　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  ＴＥＬ  ＦＡＸ | | |

平成２８年９月改訂

半田市在宅ケア推進地域連絡協議会