

# 診 断 書

氏 名			男・女	歳	血液型	型
			生年月日（大正・昭和）		年	月 日
住 所	〒 _____					
	電話番号					
身 長	cm	体 重	kg	血 圧		
現病名						
症 状						
既往歴						
感染症	梅毒 TPHA	（ - ・ + ）		HBS抗原（ - ・ + ）		
	MRSA	（ - ・ + ）		HCV抗体（ - ・ + ）		
認知症 の程度	有（軽・中・重）・無			胸部XP 異常（有・無）		
与薬の有無						
処方内容						
その他	感染性疾患、精神障害、入浴における意見及び注意事項					
上記のとおり診断します。				住 所		
				電話番号		
				病(医)院名		
令和	年	月	日	医 師 名		印