

診 断 書

グループホームひかり

氏名		男 ・ 女	生年月日	明 大 昭	年	月	日
住所	〒 _____ TEL ()						
既往歴							
現在の病名 ・経過及び 治療の概要							
処方内容							
感染症	HBs抗原	陰性 ・ 陽性		MRSA検査	陰性 ・ 陽性		
	HCV抗体	陰性 ・ 陽性		疥癬	有 ・ 無		
	W氏反応	陰性 ・ 陽性 (TPHA _____)					
皮膚疾患	有(_____) ・ 無						
血圧	/	身長	cm	体重	kg		
アレルギー	有(_____) ・ 無						
認知症 の診断	有(脳血管性認知症 ・ アルツハイマー型認知症 ・ その他) ・ 無						
総合所見	入居に際しての諸注意をご記入ください。						
					診断書記入日		
					年	月	日
医療機関所在地	TEL ()						
医療機関名						医師名	印