

# 診断書

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 ( )歳	
【傷病名(発症年月日)】			血圧	/
			視力障害	無・有( )
			聴力障害	無・有( )
			言語障害	無・有( )
			麻痺	無・有( )
<b>【問題行動の有無】</b> 無・有 (該当するものにチェックしてください) <input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻聴幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他( )			<b>【感染症の有無】</b> HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 HCV抗体 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 梅毒反応 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 結核 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
食事・水分摂取量の注意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 誤嚥( )	皮膚疾患の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 )	
入浴の注意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	胸部レントゲン異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (所見 )	
【既往歴(発症年月日)】			【現在の処方】	
<b>【診断上のその他注意事項】</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
上記のとおり診断します			平成 年 月 日	
医療機関住所:			医師名:	
医療機関名:			(印)	