

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()	
【問題行動の有無】 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()		【感染症の有無】 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】		
【診断上のその他注意事項】 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				
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:				