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)

☐短期記憶障害 ☐幻聴幻覚 ☐妄想 ☐暴言 ☐徘徊

☐暴力行為 ☐不潔行為 ☐昼夜逆転

☐その他( )

【感染症の有無】

HBs抗原	☐ 陰性	☐ 陽性
HCV抗体	☐ 陰性	☐ 陽性
梅毒反応	☐ 陰性	☐ 陽性
結核	☐ 陰性	☐ 陽性

食事・水分摂取量の注意事項	☐無 ☐有 誤嚥( )	皮膚疾患の有無	☐無 ☐有 (部位)
入浴の注意事項	☐無 ☐有 ( )	胸部レントゲン異常	☐無 ☐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 令和 年 月 日

医療機関住所:

医療機関名: 医師名: ㊞