施設サービス利用診断書

ふりがな 氏　　名：　　男・女	生年月日：明・大・昭　　年　　月　　日　　歳
住　　所：	電　　話：

現在の病名

1　　発症年月日　　年　　月　　日

2　　発症年月日　　年　　月　　日

3　　発症年月日　　年　　月　　日

既往歴・経過

使用薬剤（内服・外用・点眼）

身　長	体　重	血　圧	尿　蛋白（　）　潜血（　）
cm	kg	／	糖（　）　ｳﾛﾋﾞﾘ（　）

皮膚疾患（有・無）
□褥　瘡　□疥　癬　□白　癬　□そ の 他（　　）　○部　位

胸部Ｘ－Ｐ：	心　電　図：

血液・生化学	白血球数		血　糖		ＨＢＳ抗原	＋・－
	赤血球数		ＧＯＴ		ＨＣＶ坑体	＋・－
	ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ		ＧＰＴ		ｶﾞﾗｽ板定量	＋・－
	ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ		γ－ＧＴＰ		ＴＰＨＡ定性	＋・－
	総蛋白		ＢＵＮ		ＭＲＳＡ 喀　痰 そ の 他	＋・－
	ｱﾙﾌﾞﾐﾝ		ＣＲＰ			

食　事・入　浴・ﾘﾊﾋﾞﾘの留意点及びその他

上記の通り診断します。 令和　　年　　月　　日	所　在　地 医療機関名 医　師　名　　印