

診断書

社会福祉法人 慈照会 わだの里

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生 (歳)	
既往歴・発症年月日							
傷病名	発症年月日		傷病名	発症年月日			
①	年 月 日		④	年 月 日			
②	年 月 日		⑤	年 月 日			
③	年 月 日		⑥	年 月 日			
障害の直接要因となっている傷病の経過及び治療と予後 (DM食、抗潰瘍食などの食事療法を行っている方はその内容をお書き下さい。)						血圧 / mmHg	
処方	①					⑤	
	②					⑥	
	③					⑦	
	④					⑧	
生活上の留意点 (食事・入浴・活動等、身体状況維持に対して)							
結核の既往		胸部X・P			心電図所見		
結核の既往	有 ・ 無	検査日	年 月 日	検査日	年 月 日		
持続する咳嗽	有 ・ 無						
検査日 年 月 日							
HBs抗原		(+ -)					
HCV抗体		(+ -)					
検査日 年 月 日				検査日 年 月 日			
血算		血液生科学			検尿		
項目	結果	項目	結果	項目	結果	項目	結果
Hb		TBiI		Cr		蛋白	
RBC		GOT		Na		糖	
Hct		GPT		K		潜血	
WBC		TP		Cl		その他	
PLT		Alb		総コレステロール			
		BUN		血糖			

令和 年 月 日

住所

医療機関名

診療科

医師名

印