診　断　書

作成日:　　年　月　日

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	(　　) 様	男・女	生年月日	大・昭・平 年　月　日 (　歳)
住　所			電話	
医療機関 所在地 TEL			主治医 氏名	印
既往歴				
現在治療中の疾患	1 2 3 4 5 その他(　)		発病　年　月　不詳 発病　年　月　不詳 発病　年　月　不詳 発病　年　月　不詳 発病　年　月　不詳	
症状の概要及び内服薬				
ADL状況	機能障害の有無　有・無　:症状・原因(　)			
	移動	自立・一部介助・全部介助	食事	自立・一部介助・全部介助
	着替	自立・一部介助・全部介助	入浴	自立・一部介助・全部介助
	排泄	自立・一部介助・全部介助	整容	自立・一部介助・全部介助
認知症	有・無	有る場合症状等		
療養食の有無	有・無　療養食名・制限等			
アレルギー	有・無	(アレルゲン症状等)		
感染症 ◎必須項目 ○検査している場合記入願います。	◎HBs抗原　(有・無) ◎HCV抗体　(有・無) ○結核(QFT)　(有・無) ○MRSA(　)　(有・無) ○その他(　)　(有・無)		X線所見	年　月　日 ◎所見
身長・体重	cm　Kg			
その他特記事項				



高齢者施設用診断書新見医師会共通様式