

診療情報提供書 (健康診断書)

注意
 1 この診断書はホーム入所のために使用します。
 2 血液検査の成績表がある場合は添付してください。

| | | | |
|------|----------|------|------------------|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | 生年月日 | 明 大 昭 年 月 日 歳 |
| 住所 | 〒 電話 () | | |

| | | | |
|----------------------|---|----|------------|
| 【診断名】 | 身長・体重 | cm | kg |
| | 血圧 | BP | / mmHg |
| | 結核 | 無 | 有 |
| | HBs抗原 | 陰性 | ・ 陽性 |
| | HCV抗体 | 陰性 | ・ 陽性 |
| | 梅毒 | 陰性 | ・ 陽性 |
| 【既往歴】 | 疥癬 | 無 | 有 |
| | 褥瘡 | 無 | 有 部位() |
| | アレルギー | 無 | 有 () |
| | 認知症の有無 | 無 | 有 軽・中・重 |
| | (MRSA) | 陰性 | ・ 陽性 部位() |
| | *MRSAについては、医療処置等で感染が疑われる場合・抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、検査を実施してください。 | | |
| | 【現病歴】 | | |
| 【現在処方されているお薬】 | | | |

【医師による診察所見及び入居にあたっての意見】

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明します。

平成 年 月 日 医療機関名
 所在地
 TEL
 FAX
 医師名 印