


# 診断書

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 年	明治・大正・昭和 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話	
			携帯	

既往歴	現病歴

(身長	c m)	(体重	k g)	血圧 ( / )	脈拍	回/分
検査所見《検査日 年 月 日》 ※3ヶ月以内の情報						
尿	蛋白	-	±	+	胸部レントゲン(撮影日 年 月 日) 所見  異常あり ・ 異常なし	
	糖	-	±	+		
	潜血	-	±	+		
血液	WBC		RBC			
	Hb		Ht			
生化学	TP		アルブミン			
	GOT		GPT			
	γ-GTP		T-c ho			
	TG		BUN			
	クレアチニン		CRP定量	mg/dl		
感染症	HBs	抗原 ( )	抗体 ( )	心電図 所見		
	HCV	抗体	- +	糖尿病(現病歴・ 既往歴)のある方	HbA1C ( )	
	ワ氏反応	TPHA法定性	- +		FBS ( )	
	疥癬	- + 部位 ( )		結核の既往	無・有 ( )	
				アレルギー(薬・食物)	無・有 ( )	
特記事項				皮膚疾患(褥瘡含む)		無・有 ( )
				医療器具		無・有 ( )

上記のとおり、診断いたします。 平成 年 月 日

有料老人ホーム ツクイ・サンシャイン成城 管理者殿

医療機関名

所在地

医師氏名

印