

在宅サービス利用診断書

氏名				生年月日			
	男 ・ 女			明・大・昭	年	月	日生
住所	電話 ()						
診断名							
既往症							
感染症疾患	検査項目	検査結果	感染の可能性	備考			
	結核	+ ・ -	有・無				
	梅毒 (TPHA) (凝集反応)	+ ・ -	有・無				
		+ ・ -					
	肝炎 (HBS抗原)	+ ・ -	有・無				
	肝炎 (HCV抗体)	+ ・ -	有・無				
	MRSA	+ ・ -	有・無				
皮膚の疾患	褥瘡	無・有 (部位:)			血圧	最高値	
	かいせん					最低値	
精神の状態	(痴呆症状・精神病・慢性中毒・問題行動などについて、ご記入ください。)						
施設利用の可否	可 ・ 否		入浴の可否		可 ・ 否		
医師の所見	(内服薬・注射・処置などについて、ご記入ください。)						
	(在宅福祉サービス利用上の注意点等についてご記入ください。)						

特別養護老人ホームあすみの丘

上記のとおり診断します

平成 年 月 日

医療機関名

同所在地

電話 ()

医師 氏名