入所診断書

【入所用】

氏名		男・女	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
住所			電話	

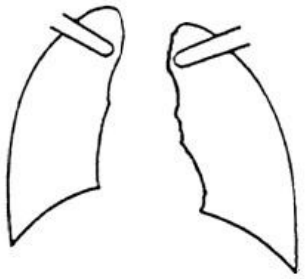
疾患名	発症年月	既往歴
1.	年　月	
2.	年　月	
3.	年　月	
4.	年　月	
5.	年　月	

身長	cm	体重	kg	血圧	／	脈	／分

血液検査等はデータのコピーを添付頂きましても結構です。

	検査日　　年　　月　　日			
血液検査	白血球数		総蛋白	
	赤血球数		アルブミン	
	ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ		総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	
	ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ		HDL	
	血小板		CRP	
	GOT		血糖	mg/dl
	GPT			食前・食後　時間
	ALP		HbA_1C 糖尿病の方	
	γ-GTP			
	BUN		HBs抗原	－・
	Cre		HCV抗体	－・
	Na		梅毒検査	RPR －・
	K			TPHA －・
	Fe			
検尿	蛋白	－・＋	アレルギー　無・有	
	糖	－・＋	薬：（　　）	
	潜血	－・＋	食物：（　　）	
皮膚	【褥瘡】　無・有 部位：（　　）		【他の皮膚疾患】　無・有 病名：（　　）	

胸部X線所見



・所見なし

・所見あり

（　　）

年　月　日

心電図所見

・所見なし

・所見あり

（　　）

年　月　日

内科以外の定期受診の必要性

有・無

月に（　）回程度、（　）科への受診が必要

特記事項

現在の処方（力価の記入もお願い致します。）

※薬情報提供書等を添付頂きましても結構です。

上記の通り診断します　　医療機関名

年　月　日　担当医師名

医療法人誠安会
社会福祉法人誠敬会