

診 断 書

特別養護老人ホーム あおやま1・2号館・介護老人保健施設 青山
 ご担当医 様

患者(氏名)		生 年 月 日	年 月 日: 歳
主病名			
既往歴			
胸部X線所見 (正常 ・ 異常) ① 心拡大 (有り ・ 無し) ② その他の所見: 年 月 日撮影	心電図所見 (正常 ・ 異常) 所見: 年 月 日施行	HBs抗原 (- ・ +) HBs抗体 (- ・ +) HCV抗体 (- ・ +) ガラス板法 (- ・ +) TPHA (- ・ +) 結核 (陳旧性 ・ 活動性) MRSA (- ・ +) 部位 ()	感染症は、過去の検査結果があれば 記入ください。
現在の処方 (内服・軟膏 薬・目薬等)			

* 直近の採血検査データがあれば、別途添付してください。

平成 年 月 日

紹介先医療機関 住所
 連絡先
 医療機関名
 担当医師氏名