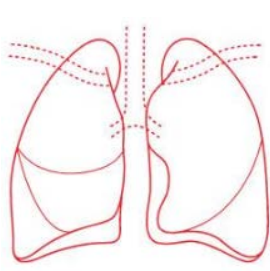


診断書及び現状記録

氏名		生年月日		(満才)								
殿 男・女		M・T・S		年	月 日							
現住所				血液型								
病名			既往歴									
当分継続の 必要な処置	服薬	注射		その他								
身 体 ・ 精 神 状 況	身長	cm	胸部X線 年 月 日撮影		心電図							
	体重	kg			検尿							
	血圧	/										
	義歯	有・無				感染症	有・無	糖 蛋白				
								ウロビリノーゲン				
	泌尿器系											
	過敏症		ピリン過敏 (有・無) ペニシリン過敏 (有・無) その他									
	四肢の状態											
	梅毒反応		陽性	陰性	感染性	有・無						
	HBs抗原		陽性	陰性	感染性	有・無						
HCV抗体		陽性	陰性	感染性	有・無							
認知症		無	有	行動障害 ()								
日常生活自立度		判定ランク		I	II	IIa	IIb	III	IIIa	IIIb	IV	M
日常生活する上		食事			入浴							
で注意すべき点		排泄			その他							

上記のとおり診断します。

住 所

平成 年 月 日

医 師

Ⓔ