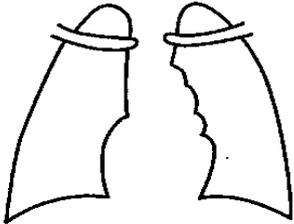


診 断 書

ふりがな 氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生	歳
診 断 事 項							
身長	cm	体重	kg	血压	/	mmHg	脈拍数 /分
検 尿	蛋白()		糖()		潜血()		
感 染 症	B型肝炎(無・有) C型肝炎(無・有) その他()						
生化学的検査	検査結果を添付してください						
血液学的検査	検査結果を添付してください						
胸部X線	撮影 年 月 日 *3ヶ月以内に撮影したもの。						
	心胸郭比 % 所見 ()						
心 電 図	所見もしくはコピー添付				褥 瘡	無 ・ 有 (部位)	
病名					既往歴		
①	年 月 発症				①	年 発症	
②	年 月 発症				②	年 発症	
③	年 月 発症				③	年 発症	
現病歴(臨床経過)							
現在の治療/投薬内容(添付でも可)							
認知症の周辺症状等があれば記入してください							
上記のとおり診断します。						年	月 日
医療機関名				医師名		(印)	

*この診断書に代えて診療情報提供書(検査結果添付)をご提出いただいても構いません