

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	血压	/	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。							
血液検査	検査日	年	月	日	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の有 月に () 回程度、() 科 への受診が必要 特記事項		
	白血球数	総蛋白					
	赤血球数	アルブミン					
	ヘモグロビン	総コレステロール					
	ヘマトクリット	LDL					
	血小板	HDL					
	GOT	CRP					
	GPT	血糖		mg/dl			
	ALP			食前・食後 時			
	γ-GTP	HbA _{1c}					
	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		【他の皮膚疾患】 無・有				
	部位：()		病名：()				
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							
印							