

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oglobin		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 食前・食後 時			
	ALP						
	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 部位 : ()		【他の皮膚疾患】 無・有 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		