

入所用診断書

特別養護老人ホーム さくらガーデン

氏名	男・女	生年月日:大・昭 年 月 日
現住所	〒 -	
現病歴	①	年 月 日発病
	②	年 月 日発病
	③	年 月 日発病
	④	年 月 日発病
	⑤	年 月 日発病
現症	(上記現病歴での症状があればご記入ください)	
既往歴	①	年 月 日発病
	②	年 月 日発病
	③	年 月 日発病
	④	年 月 日発病
	⑤	年 月 日発病
血液検査	腎機能・肝機能・BNP・血液一般等(貧血を含む)、現病歴に必要な検査 以下の感染症は必ず実施してください HBs抗原() HCV抗体() 梅毒 検査法()結果() その他()	
心電図		
胸部X-P	所見:	
上記のとおり診断しました。		令和 年 月 日
医療機関名 :		
住所 :		
電話 :		
医師氏名 :		印

*検査結果を添付して下さい