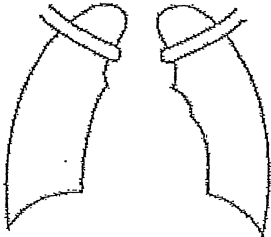


サービス付高齢者向け住宅の入居に関する診断書

ふりがな 氏名	様(男・女)	生年月日	M-T-S 年 月 日生(歳)
住所	電話		
身長	cm	感染の恐れのある 伝染性疾患	HBs抗原 (+ -)
体重	kg		HCV (+ -)
血圧	/ mmHg		MRSA (+ -)
検尿	蛋白 糖 ウロビリノーゲン		疥癬 (+ -)
現在治療中の 疾病名	生活上の 注意事項 (歩行・食事・ 認知症・ その他)		結核 (+ -)
経過及び 通院の 状況			その他 ()
現在の 投薬状況	胸部X線 所見		撮影日 年 月 日
既往歴			
上記のとおり診断します			年 月 日
住所 医療機関名 医師名			印