

# 新潟市介護サービス共通 診断書

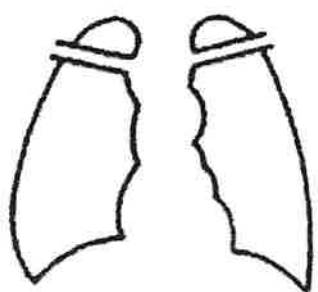
患者氏名： _____ 様	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	年齢： _____ 歳

※施設ご担当者様へ

貴施設を利用にあたり必要な検査がありましたら、利用者様にお渡し前に  にチェックをお願いします。

※紹介元ご担当医様へ

のチェック以外のものについては、わかる範囲でご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 X-P所見	<input type="checkbox"/> 心電図所見	
	    ( _____ 年 _____ 月 _____ 日撮影)	    ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)
<input checked="" type="checkbox"/> アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> その他の検査 (最近の検査データがありましたら添付してください)	
<input type="checkbox"/> HCV抗体 :	<input type="checkbox"/> HBs 抗原 :	<input type="checkbox"/> MRSA :
<input type="checkbox"/> 梅毒反応 : _____ 氏 TPHA		

上記のとおり診断する。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
医師氏名