診断書 1/2

令和 年 月 日

所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者	氏 名							男	•	\$	ζ		
	生年月日	明・大・昭			年	月		日生(			歳)		
	要介護認定	自立	•	要支援	•要/	1護度(	1	2	3	4	5	)	
認知症度 日常生活自立度		□自立 □Ι□Ⅱ □Ⅱa□Ⅱb□Ⅳ □M											
寝たきり度 日常生活自立度		□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2											

病名 • 既往歷	嗜好	薬剤アレルギー
現 病 歴		
現症		

- 1 必要がある場合は、続紙に記載して添付すること。
- 2 必要がある場合は、検査の記録等を添付すること。

診断書 2/2

	(B型肝炎 <b>、</b>	C型肝炎、	梅毒、結核	() は必須		
感染症所見						
	皮膚疾患(タ	「癬)等の病	歴があった	場合は詳細語	 記入	
治療病歴						
現在の処方						
患者に関する注意事項						
項備考	身長	cm		体重	kg	