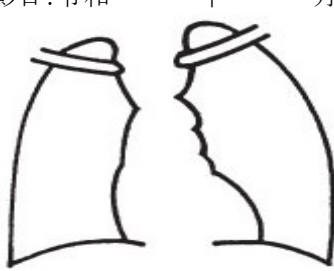


診 断 書

お願い 疾患に基づく血液検査データがありましたら添付して下さい。

(個人情報取扱注意)

フリガナ氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日生	歳
住所	〒 - 電話 () -					
現在の病名	1	発症日	年	月	日頃	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2		年	月	日頃	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	3		年	月	日頃	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	4		年	月	日頃	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	5		年	月	日頃	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
既往歴 (注1)						
症状及び経過						
投薬内容 (用法・用量)						
血圧	/ mmHg					
胸部X線 (注2)	【撮影日:令和 年 月 日】		<input type="checkbox"/> 検査実施 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施 胸部所見			
			[]			
血清梅毒反応 (注4)	-	+	結核の既往 (注3)	-	+	
HBs抗原 (注6)	-	+	その他注意すべき感染症 (注5)	未実施 ・ 実施 (- +)		
褥瘡	-	+	HCV抗体 (注6)	-	+	
褥瘡	(部位)					
その他要望 指示						
上記の通り診断する。 令和 年 月 日						
医療機関名 所在地 担当医師名						
(印)						

* 裏面、「診断書ご記入にあたってのご留意事項」をお読みになってから、ご記入下さい。

(診断書ご記入にあたっての留意事項)

(注1) 既往歴について

- ・発症年を含め、可能な限りご記入ください。

(注2) 胸部X線について

- ・レントゲン上で所見がある場合は、「あり」として、詳細をご記入ください。
- ・6か月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づきご記入していただいて差し支えありません。
- ・在宅、身体状況上の都合で実施できない場合は、未実施にチェックし、自他覚所見や他の検査所見から呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。

(注3) 結核の既往について

- ・結核の既往が認められる場合及び、胸部以外の結核についても既往が認められる場合はその旨をご記入下さい。また、集団生活における支障の有無もご記入ください。

(注4) 血清梅毒反応について

- ・反応が陽性の場合は、感染力についてご記入ください。

(注5) その他注意すべき感染症について

- ・熱発、咳嗽等の症状が継続している場合や、入院歴のある方は、該当する検体の培養検査を実施して下さい。

(注6) 肝炎ウイルス検査について

- ・原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入下さい。また、他院での検査や肝炎ウイルス検診のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。

(注7) 疾患に基づく血液検査データがありましたら、添付いただきたい。