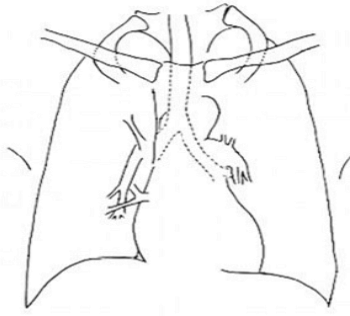


診 断 書

認知症対応型共同生活介護 琴弾の家

氏名	男 ・ 女			生年月日	M ・ T ・ S	年	月	日
傷病名	1)			4)				
	2)			5)				
	3)			6)				
血液検査 感染症 ※	検査日			年	月	日	胸部X線 検査	 間接 ・ 直接 年 月 日 撮影 所見：
	白血球数		ALT(GPT)					
	赤血球数		γ-GT					
	血色素量		総蛋白					
	ヘマトクリット		アルブミン					
	血小板数		総コレステロール					
	好中球		尿素窒素					
	好酸球		クレアチニン					
	リンパ球		eGFRcreat					
	AST(GOT)		CRP					
	検査日			年	月	日	その他 所見	尿検査・心電図・骨塩定量等の検査結果 があれば添付して下さい
	HBs抗原		陰性 ・ 陽性					
	HCV抗体		陰性 ・ 陽性					
	梅毒TPHA定性		陰性 ・ 陽性					
	梅毒RPR定量		陰性 ・ 陽性					

※血液検査報告書を添付いただいても構いません
通所リハの場合は血液検査、感染症は不要です

上記の通り診断する

医療機関名

年 月 日

所在地

担当医師名

先生御侍史

様の ☐ 鴻池荘・サテライト蜻蛉（ 入所 ・ 通所 ）
☐ 認知症対応型共同生活介護 琴弾の家
☐ 有料老人ホーム おおとり

ご利用にあたり、
①診療情報提供書
②別紙診断書

両方の作成をお願いいたします

- 提供いただくデータは症状等に合わせた先生のご判断にお任せいたします（おおむね6か月程度）。
- 血液検査、感染症に関しては血液検査報告書を添付いただいても構いません。
- 通所リハの場合は血液検査、感染症は不要です。

医療法人鴻池会
電話：0745-64-2180
FAX：0745-64-2063
担当支援相談員