

診 断 書

氏 名		男 女	年 月 日生 歳
住 所			
病 状	傷病名	1、 2、 3、	発病 年 月 日 発病 年 月 日 発病 年 月 日
	認知症	有・無(病名)	発病 年 月 日
	現病状態		
	既往歴		
	定期 処方 臨時		
	アレルギー	有・無 薬物()・食物()	
	施設入所に 対する意見	適 否	
<p>上記の通り診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">医療機関又は保健所名</p> <p style="text-align: center;">医 師 印</p>			

(備考)この診断書は、グループホームに入居するのに必要ですので、もよりの病院か保健所等で受診してください。