# 診　断　書（証　明　書）

住　所
氏　名
生年月日　　年　月　日生　　（　歳）

1　傷病名
2　入浴の可否　　可　・　否
3　入浴についての指導事項
　血圧
　脈はく

4　下記の傷病で、検査若しくは診断が必要と判断される項目のみ○印をつけ、その症状について記入してください。

ア）褥　瘡　（有　・　無）
　部　位
　傷の程度
　緑膿菌　（有　・　無）

イ）皮膚疾病　（有　・　無）
　疥　癬　（有　・　無）
　部　位
　感染症　（有　・　無）

ウ）血液検査

　ガラス板法　（＋　・　－）
　ワッ氏反応　凝集法　（＋　・　－）
　ＴＰＨＡ　（＋　・　－）

　ＨＢＳ検査　抗　原
　抗　体

　ＭＲＳＡ

エ）投　薬　（有　・　無）
　投薬名

上記のとおり診断します。
　年　月　日

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
医師名　　印