

# 診断書

ふりがな 氏名				男・女	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	歳
住所	〒 -			電話 ( )	
主病名(既往歴)					
血圧	正常血圧値	/	脈拍	/分	<input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整
感染症など	梅毒反応	結核	HBV	HCV	
	ワ氏 (+・-)	有 無	有 無	有 無	
	TPHA(+・-)	有の場合の所見	有の場合の所見	有の場合の所見	
	皮膚疾患	その他 感染症			
	有 無				
	有の場合の所見				
認知症	無・軽・中・重	問題行動	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
			<input type="checkbox"/> 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> その他	
特別な処置の必要性	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル・留置カテーテルなど)				
処方					
その他注意すべき事項					
令和      年      月      日					
所在地					
名称					
医師名 <span style="float:right">⑩</span>					
電話番号 ( )					

※お申し込みからご契約まで下記の書類にご記入頂いた個人情報は、弊社及び予め弊社との間で機密保持契約を締結している関連企業、業務委託先企業などにおいて、ホープタウン入居審査、商品・サービスのご紹介などで利用させて頂く場合がございます。尚、個人情報は法令及び弊社内部規定に基づき適切に管理をいたします。