

一般財団法人 共愛会 グループホーム作楽 入居に関する診断書

フリガナ		生年月日	性別
氏名		明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女
傷病名・既往歴		病状・経過・留意点	
認知症についての診断と種類 (有 ・ 無)			
<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型			
<input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他 ()			
日常生活の自立度等について			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
使用中薬剤名(内服薬・注射等)		〈アレルギーの有無〉	
		有・無 ()	
		〈食事制限の有無〉	
		有・無 ()	

※感染症の検査もお願い致します。

検査結果				
胸部 X-P	所見			
血液検査	血液一般			
感染症	HBS	HCV	梅毒	MRSA
	その他			

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関 _____

住所 _____

電話番号 _____

医師名 _____ (印)