

診 断 書

社会福祉法人 豊生会「グループホーム ふれ愛の里牛島」の入居申込書に添付する診断書です。

現症については、該当するものを○で囲み、必要な部分を記入して下さい。

ふりがな		男	明治・大正・昭和	
氏 名		・	年 月 日生	
		女	(歳)	
住 所				
介 護 認 定	要介護度 ()	有効期限:	年 月 日 ~	年 月 日
病 名				
既 往 歴			アレルギー	
	薬	有・無	()	
	食べ物	有・無	()	
病歴および現病				
身長:	体重:	血圧:	~	mmHg
	認知症の種類	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 有 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()			
皮 膚 病	疥 癬 ・ 白 癬 ・ 皮膚掻痒症 ・ 褥 瘡 部位 () ・ 無			
移 動	自 立 ・ 見 守 り ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助			
食 事	自 立 ・ 見 守 り ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助			
嚥 下	で き る ・ む せ や す い ()			
排 尿	自 立 ・ 見 守 り ・ 介 助 ・ パ ッ ト 使 用 ・ お む つ 使 用 ・ 留 置 カ テー テ ル			
排 便	自 立 ・ 見 守 り ・ 介 助 ・ お む つ 使 用 ・ 人 工 肛 門			
入浴着脱衣	自 立 ・ 見 守 り ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助			
※特記事項	(ペースメーカー等装着している医療機器等)			

検査日：令和 年 月 日		胸部 X 線 撮 影
尿 検 査 蛋白 () 糖 () 潜血 ()		撮影日：令和 年 月 日 (3カ月以内の写真) 異常所見：有・無
感 染 症 HBs抗原 () HCV () TPHA () MRSA感染既往 () その他 ()		結核の既往：有・無・不明
血液学的検査	RBC P l a t	
	Hb WBC	
	Hc t	
血液学的検査	Tp BUN	
	AST Cr	
	ALT Na	
	γGTP K	
	T・Cho FBS	
	TG CRP	
	UA Alb Bnp	
(HBs抗原、HCV検査はできるだけ記入。各データ、心電図、胸部X線はコピーでも可)		
診 断 及 び 今 後 の 診 療		現 在 の 処 方 (コピーでも可)
※リハビリの必要性 有・無 (○で囲んでください) ※他科受診 有・無 (○で囲んでください) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他 ()		

令和 年 月 日

住 所 〒

医 療 機 関 名

医 師

印