グループホーム　夕凪　　入居申請用

診　断　書

氏　名		生年月日	大正　・　昭和	性　別
		年　　月　　日（　　歳）		男・女
住　所				
病　名				
現病歴	(現在治療中の病名と経過)			
既往歴				
内服薬		胃ろう　鼻腔栄養　透析 カテーテル　酸素療法 ストマ（人工肛門）　インシュリン注射 気管切開　その他（　　）		
アレルギー	食品　有（　　）・無 薬品　有（　　）・無 その他（　　）	胸部所見	心電図所見	

皮膚病　有(　　) 無	褥瘡　有(　　) 無	MRSA　有(　　) 無	結核　有（　　） 無
HIV 抗体 有　・　無	B 型肝炎 有　・　無	C 型肝炎 有　・　無	梅毒反応 有　・　無

認知症高齢者の日常生活自立度 （Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M）	（長谷川式簡易認知症検査スケール　　点） （MMSE　認知機能検査　　点）

平成　　年　　月　　日

所在地

医療機関名

医　師　　印

QR-夕凪-001
診断書
制定：2018/09/01
改訂：0000/00/00