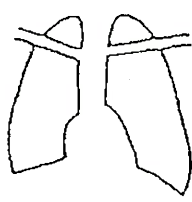


# 診 断 書

氏 名	男・女	M・T・S	年	月	日	(満 歳)			
疾患名	----- 認知の直接の原因となっているものについて			認知症の日常生活自立度					
				I	II a	II b	III a	III b	IV
既往歴									
血 圧	mmHg		胸部X線所見 (直接・間接)  						
身 長	cm								
体 重	kg								
アレルギー	有 ・ 無 ( )								
血液検査	梅毒	TPHA ( )	HBs抗原 ( )						
		ガラス版 ( )	HCV抗体 ( )						
感染症	※特にMRSA・緑膿菌 疥癬等がある場合								
皮膚の状態	褥 瘡:	有 (部位	程度			無			
	水 虫:	有 ・ 無	その他:						
麻 痺	有	全身・半身 (上・下・右・左)		手 指	(重度・中度・軽度)				
	無	上 肢 (重度・中度・軽度)		下 肢	(重度・中度・軽度)				
周辺症状	精神:								
	うつ    不安    焦燥    妄想    幻覚    興奮    その他								
行動:									
多動    繰り返し    徘徊    異食    過食    拒食    暴言    不潔行為    その他									
投薬内容									
治療内容									
意 見	入所後の通院、受診について記入して下さい。								
医療機関名			診断年月日	平成	年	月 日			
			医 師 名	⑩					