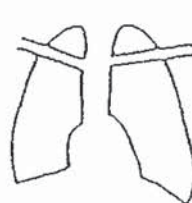


診 断 書

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		(印)						