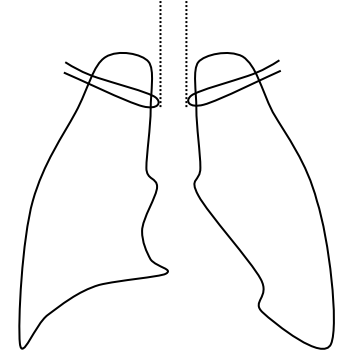


入 居 用

グループホーム サラ・エン 殿

| | | | | | | |
|---|---|------------------------|-------------|--------|------------------------------|--------------------|
| ふりがな | | | | 男 女 | 明治・大正・昭和 年 月 日 生 (歳) | 血液型 Rh (+ -) |
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | 〒 () 電話 () | | | | | |
| 介護認定 | 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中 | | | | 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 既往症及び病名 現在の病名があれば番号を○で囲んで下さい 病名が6以上の場合は空欄に記入して下さい | ※認知症の原因となっている傷病名は1に記入して下さい。 | | | | | |
| | 1 | (発症日 年 月 日頃) 医療機関名: | | | | |
| | 2 | (発症日 年 月 日頃) 医療機関名: | | | | |
| | 3 | (発症日 年 月 日頃) 医療機関名: | | | | |
| | 4 | (発症日 年 月 日頃) 医療機関名: | | | | |
| 5 | (発症日 年 月 日頃) 医療機関名: | | | | | |
| 身長: | cm | 体重: | kg | 血圧: | ~ | mmHg |
| 感染症(必須) | HBsAg (+・-) | | TPHA法 (+・-) | | 結核既往 | |
| | HCV (+・-) | | MRSA感染(有・無) | | (部位:) | |
| 認知症程度 | 程度: 軽・中・重 *HDS-R 点 年 月 日) | | | | | |
| 認知症の周辺症状の有無 | 有 <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 <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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()) ・無 | | | | | |
| 皮膚病 | 疥癬・白癬・皮膚掻痒症・その他 () ・無 | | | | | |
| 移動 | 自立(独歩・杖行) ・ 見守り ・ 直接介助 車椅子使用(有・無) | | | | | |
| 食事 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 経管栄養 (経鼻胃管 ・ 胃 瘻) | | | | | |
| 嚥下 | できる ・ やや困難 ・ できない むせ (有 ・ 無) | | | | | |
| 排尿 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ フォーレ挿入中 失禁有 (おむつ使用 ・ リハパン使用 ・ パット使用) ・ 失禁無 | | | | | |
| 排便 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 失禁有 (おむつ使用 ・ リハパン使用 ・ パット使用) ・ 失禁無 | | | | | |
| 入浴 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 | | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 B2 C1 C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | なし | I | II a | II b | III a | III b IV M |

診 断 書

| | | | |
|---------------|---------------------------|-------------------------|---|
| 検査日: 年 月 日 | | 心電図検査(コピーでも可) | 胸部X線撮影(コピーでも可) |
| 尿 検 査 | 蛋白 | 検査日: 年 月 日 異常所見: 有・無 | 撮影日: 年 月 日 (3ヶ月以内の写真) 異常所見: 有・無 結核の所見: 有・無・不明 |
| | 糖 | | |
| | 潜血 | | |
| 血液学的検査 | RBC $\times 10^4 / \mu l$ | |  |
| | Hb g/dl | | |
| | Hct % | | |
| | PLT $\times 10^4 / \mu l$ | | |
| WBC / μl | | | |
| 生化学検査 | TP g/dl | T-c h o mg/dl | Na mEg/l |
| | AST u/l | T-G mg/dl | K mEg/l |
| | ALT u/l | BUN mg/dl | Cl mEg/l |
| | γ -GTP u/l | CRE mg/dl | FBS mg/dl |
| | LDH u/l | UA mg/dl | CRP mg/dl |
| 所見及び今後の診療 | | | 現在の処方内容 |
| | | | * 他科受診 有・無 (○で囲んで下さい) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他 () |

年 月 日

住所: 〒

電話: () -

医療機関:

科名:

医師名:

印