

様式3

認知症高齢者グループホーム利用に係る意見書

令和 年 月 日


病院名

医師名

印

対象者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
住 所	島根県隠岐郡隠岐の島町		
主 傷 病 名			
身体の状況	1. 要入院治療 () 2. 要通院治療 () 3. 入通院不要		
認知症の有無	有 (1. 軽度 2. 中度 3. 重度 4. 最重度) 無		
感染症の有無	有 () 無		
食事制限の有無	有 () 無		
入浴の可否	可 () 否		
移送の可否	可 () 否		
意見・特記事項			

診 断 書

氏 名		男・女	明・大・昭	年	月	日生
住 所						
診 断 名	発 病					
既 往 歴						
現 症 及 び 処 方 内 容						
精神状態 (認知症などに よる問題行動)						
< 検査結果 > 検査日 (月/日)						
検尿 (/)	蛋白	糖	ウロビリノーゲン	潜血	血圧 (/)	
血液一般 (/)	WBC	RBC	Hb	Ht	Plts	
生化学 (/)						
T. P	Alb	AST	ALT	γ GTP		
ALP	T. chol	TG	BUN	Cr		
FBS	HbA1c	Na	K	Cl		
ワッセルマン反応 (/) HBS 抗原 (/) HCV 抗体 (/) MRSA (/) その他 (/)						
心電図 (/)	胸部レントゲン (/)		その他 (CT、超音波等)			
						
上記のとおり診断致します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 所 在 地 医 療 機 関 診 断 科 名 医 師 氏 名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div>						

(備考) この診断書は、当施設へ入所利用するための判定資料にさせていただきますので、誠に恐縮ですが、出来るだけ詳細に記載の程よろしくお願い致します。