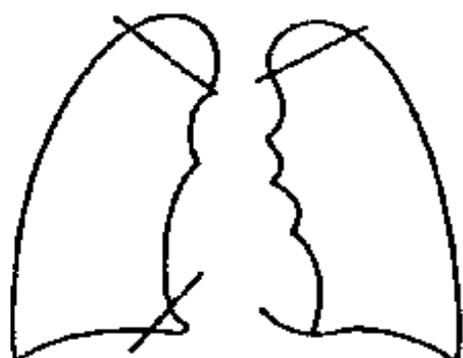


# 入居希望者用診断書

(ソフトハンド勝平・茨島・浜田共通)

有限会社 ルーク		
グループホームソフトハンド勝平 〒010-1605 秋田市新屋勝平町10番32号 TEL 018-863-7322 FAX 018-863-7329	グループホームソフトハンド茨島 〒010-0065 秋田市茨島4丁目1番8号 TEL 018-867-8871 FAX 018-867-1671	グループホームソフトハンド浜田 〒010-1654 秋田市自在山47番地9 TEL 018-874-8282 FAX 018-828-8585

フリガナ			住所 連絡先	〒 -		
氏名				TEL ( )	FAX ( )	
性別	男・女		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
介護保険証	無・有	被保険者番号			要介護認定	
		認定の有効期間	年 月 日 ~		要支援( )・要介護( )	
認知症			自立度 認知症 : 無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
			寝たきり度 : J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
問題行動	無・有	妄想・幻覚・せん妄・独語・徘徊・暴力・暴言・異食・収集癖・不潔行為・介護拒否 その他・備考( )				
主病名			処方薬			
既往歴	手術歴・病名等					
アレルギー	薬物	無・有	病名( ) その他・備考			
	食物	無・有	病名( ) その他・備考			
麻痺	無・有	上肢 右( )・左( )・下肢 右( )・左( )				
関節硬直	無・有	部位( )				
疼痛	無・有	部位( )				
足変形	無・有	部位( )				
老人性振頭	無・有	部位( )				
褥瘡	無・有	部位( )・大きさ( )				
A D L	歩行	自立・一部介助・全介助		使用器具	杖・四点杖・歩行器・補装具( )	
		歩行距離(約 m)			自走式車椅子・介助式車椅子・リクライニング式	
	排泄	自立・一部介助・全介助		オムツ類: パット・紙パンツ・紙オムツ (サイズ S・M・L)		
		日中の排泄回数	排尿: 約( )回	排便: 約( )回	夜間の排泄回数	排尿: 約( )回
		ポータブルトイレの使用: 無・有		最終排便 月 日	下剤の使用 無・有	
	着脱	自立・一部介助・全介助		衣服種類: 普通・自助用・介助用( )		
		自立・一部介助・全介助		箸・スプーン・フォーク・補助具( )		
	食事	主食	常食・粥食( 分粥)		その他・食事制限等	
		副食	常食・荒刻み・極刻み・ミキサー			
	座位保持	自立・一部介助・全介助		特記事項:		
入浴	自立・一部介助・全介助		特記事項:			
服薬	自立・一部介助・全介助		特記事項:			
その他、生活上の特記事項						

検査	血液	・白血球数 ( ) ・赤血球数 ( ) ・Hb ( ) ・Ht ( ) ・血小板数 ( )	
	尿	・蛋白 ( ) ・糖 ( ) ・潜血 ( )	
	生化学	・総蛋白 ( ) ・アルブミン ( ) ・GOT ( ) ・GPT ( ) ・ZTT ( ) ・ $\gamma$ -GTP ( ) ・LDH ( ) ・ALP ( ) ・中性脂肪 ( ) ・総ビリルビン ( ) ・総コレステロール ( ) ・K ( ) ・BUN ( ) ・クレアチニン ( ) ・ ( ) ・Na ( ) ・Cl ( ) ・ ( ) ・CRP ( ) ・血糖 (空腹時 ・ 食後) ( )	
		その他 ( )	※採血検査年月日 平成 年 月 日
		心電図	異常所見 無 ・ 有 ( )
梅毒		・TPHA法 ( + ・ - ) ・Wa氏 ( + ・ - )	
肝炎		・HBs抗原 ( + ・ - ) ・HCV抗体 ( + ・ - ) ・精密数値 ( )	
感染症	皮膚疾患	・褥瘡 ( + ・ - ) ・部位 ( ) 広さ・深さ( ) ・疥癬 ( + ・ - ) ・その他 ( )	
	MRSA(入院者のみ) ( + ・ - ) ( 喀痰 ・ 咽頭 ・ 尿 ・ その他 )		
身長	cm	胸部X線 ・肺結核 ( + ・ - ) ・その他所見 ( )  ※撮影年月日 ( 平成 年 月 日 )	
体重	kg		
体温	℃		
血圧	mmHg		
脈拍	回/分		
聴力	普通 ・ 難聴(右 ・ 左) やや ・ かなり 補聴器: 無 ・ 有( )		
視力	普通 ・ 低下(右: . 左: . ) 眼鏡等: 無 ・ 有(眼鏡 ・ コンタクト)		
口腔	義歯: 無 ・ 有(総義歯 ・ 部分義歯) 治療中の歯: 無 ・ 有		
栄養状態	良 ・ 不( )		
入所等に係る医師の意見(バルーンカテーテル、ペースメーカー等の医療機器を装着している場合は記入して下さい。)			

現時点でグループホーム(認知症対応型共同生活介護施設)への入居にあたって、特に問題が無いことを認めます。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

印