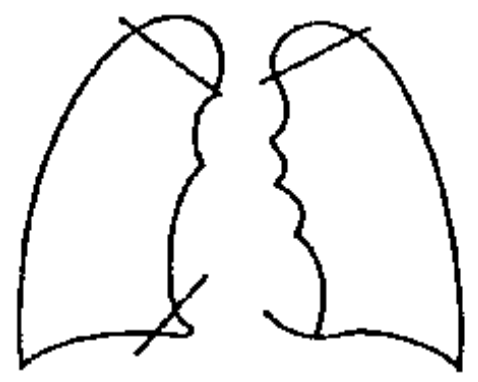


# 入居希望者用診断書

(ソフトハンド勝平・茨島・浜田・四ツ小屋 共通)

有限会社 ルーク			
ソフトハンド勝平	ソフトハンド茨島	ソフトハンド浜田	ソフトハンド四ツ小屋
〒010-1605	〒010-0065	〒010-1654	〒010-1417
秋田市新屋勝平町10番32号	秋田市茨島4丁目1番8号	秋田市自在山47番地9	秋田市四ツ小屋字街道東367番地
TEL 018-863-7322	TEL 018-867-8871	TEL 018-874-8282	TEL 018-893-3108
FAX 018-863-7329	FAX 018-867-1671	FAX 018-828-8585	FAX 018-893-3109

フリガナ				住所	〒 -		
氏名				連絡先	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	要支援( )・要介護( )
		認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
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( )					
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 排便: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・自家用・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 ( )	
感染症	梅毒	・TPHA法 ( + ・ - ) ・Wa 氏 ( + ・ - )	
	肝炎	・HBs抗原 ( + ・ - ) ・HCV抗体 ( + ・ - ) ・精密数値 ( )	
	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 ( ) 
体重	kg		
体温	°C		
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( )		
※ 撮影年月日 ( 平成 年 月 日 )			
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



