診 断 書

氏名		男・女	生 年 月 日 年　　月　　日 (　　歳)
住所	〒 TEL		
認知症の診断	□アルツハイマー型　□レビー小体型　□脳血管型 □その他(　　)		
既往歴			
処方内容			
感染症	HBs抗原：　陽性 ・ 陰性　　結核：　有 ・ 無 HCV抗体：　陽性 ・ 陰性		
血液検査	RBC　GOT　BUN WBC　GPT　CRE Hb　TP　FBS Ht　Alb　HbA1c 血小板　※出来る限り直近のものを記入して下さい。		
皮膚疾患	有 ※褥瘡含む (　　) ・ 無		
血圧	／	身長	cm　体重　kg
アレルギー	有 (　　) ・ 無		

その他注意事項

※入居に際しての諸注意をご記入ください。

診断書記入日　　年　　月　　日

医療機関所在地　　TEL

医療機関名　　医師名　　印

グループホーム敬愛苑