

健康診断書  
(グループホーム 秋川・滝山 入居申込み)

受診者 住所 氏名 男・女 明治 大正 昭和 年 月 日生

既往症			
傷病名			
症状、治療経過			
一般状態	血圧 _____ mmHg 聴打診等：		
服用中の薬			
身長	cm	体重	kg

血液	ガラス板法 ( ) 又はRPR法 ( ) TPHA法 ( )		
ウィルス性肝炎	HBS (抗原 - +) (抗体 - +) HCV ( )		
皮膚疾患	無 ・ 有 (病名： )		
結核性疾患等	X線検査結果 ( ) ※ 過去3ヶ月以内の検査結果をお願いします。 その他検査結果 ( )		
その他			
食事	食事制限 有 ( ) ・ 無		

障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
精神疾患及び 行動障害	有 ・ 無	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 記憶障害 ・ 失見当 ・ 感情失禁 ・ 興奮性</li> <li>・ 幻覚 ・ 妄想 ・ せん妄 ・ 徘徊 ・ 弄便</li> <li>・ 自傷他害 ・ その他 ( )</li> </ul>	
認知症スクリーニングテスト	テスト名	点数	

上記の状態なので認知症対応型グループホームの共同生活に支障のないものと診断します。

年 月 日 医療機関名  
所在地  
医師 氏名 印