

グループホーム ミモザ園入居診断書

氏名		性別	男 女	生年月日	M T S	年	月	日
住所			身長	cm	体重	kg		

病名

投薬内容

認知症高齢者の日常生活自立度

(I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）

(J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)

伝染病・感染症疾患の検査所見（胸部レントゲン・ワッセルマン・C型肝炎・HBs等）

胸写所見：

HBsAg：（＋・－）

HCVAb：（＋・－）

ガラス法：（＋・－）

TPHA：（＋・－）

視力 右： 左：

聴力 右： 左：

グループホームミモザ園入居への留意点

上記の通り診断します

令和 年 月 日

医療機関

医師名

印