

八戸地域入居時統一診断書・情報提供書 Ver.2.0

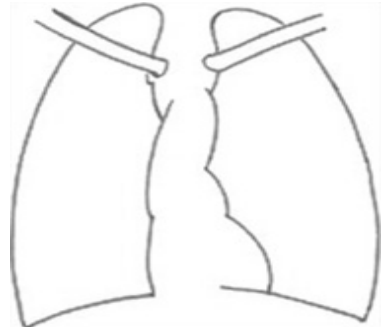
別に診療情報提供書を添付する際は別紙参照にチェック

ふりがな			電話		
氏名			生年月日		性別
住所					
病名			処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照	
既往歴	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="別紙参照"/>				
傷病の経過 および 治療内容	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="別紙参照"/>				

感染症・認知症などを疑う症状・既往の有無（新型コロナは医師会からの勧告がある時期のみ記載）

新型コロナ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (詳細)				
結核	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (詳細)				
疥癬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (詳細 :)				
HBV	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ⇒ ()				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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		
周辺症状の有無 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 幻聴幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ ()				

レントゲン検査を必要と認め過去六ヶ月以内に施行した場合は下記に所見を記載

胸部X線写真	<input type="checkbox"/> 直接	<input type="checkbox"/> 間接	撮影日 :
		<input type="checkbox"/> 特記すべき所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	

記入日 :

医療機関住所 : 〒

医療機関名 : _____

医師氏名 : _____