

グループホーム たんぽぽの家							
入所用診断書							
氏 名				性別	生年月日		年齢
住 所							
現病歴				投薬名			
感染症	梅 毒	☐ 有 ☐ 無		有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無			
	H B s 抗原	☐ 有 ☐ 無		有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無			
	結 核	☐ 有 ☐ 無		有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無			
	皮膚感染	☐ 有 ☐ 無		有の場合に感染の恐れ ☐ 有 ☐ 無			
認知症の種類		☐ 認知症無 ☐ アルツハイマー型認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症 ☐ 血管性認知症 ☐ 不明 ☐ その他（ ）					
認知症自立度				寝たきり度			
身体測定				cm			kg
上記の通り診断いたしました。				令和 年 月 日			
		担当医師名		印			