

診 断 書

ふりがな					男 ・ 女	
氏名						
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日生	歳	
住所	〒 —			TEL		
	—			—		
主病名 (病歴)						
血圧	通常血圧値		/	脈拍		/分 <input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整
感染症等	梅毒反応		結核		MRSA	
	ワ氏 (+・-))		有	無	有	無
	TPHA (+・-))		有の場合の所見		有の場合の所見	
	HBV		HCV		皮膚疾患	
	有	無	有	無	有	無
有の場合の所見		有の場合の所見		有の場合の所見		
認知症	無 ・ 軽 ・ 中 ・ 重		問題 行動	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()		
特別な処置の 必要性	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル・留置カテーテル等)					
処方						
その他注意 すべき事項						
令和 年 月 日 所在地 名称 医師名印電話番号						

*お申込からご契約まで下記の書類にご記入頂いた個人情報は、弊社及び予め弊社との間で機密保持契約を締結している関連会社、業務委託先等において、ホームこころ入居審査、商品・サービスのご紹介等で利用させて頂く場合がございます。尚、個人情報は法令及び弊社内部規則に基づき適切に管理を致します。

介護付き有料人ホーム こころ