



感染症	結核性疾患	有 無	肝 炎	HBs抗原( - ・ + )
	梅 毒	TPHA:( - ・ + )		HCV抗体( - ・ + )
	MRSA	鼻腔( - ・ + ・ ++ )	鼻腔以外での既往( - ・ + ・ ++ )	
	疥 癬	( - ・ + ・ 既往あり )		
	皮膚疾患	有 無 ※褥瘡(部位 ) ※湿布(部位 )		
その他 感染症疾患の有無 ( - ・ + ) (+)の場合その疾患( )				

◆以下に関しては分かる範囲でご記入願います。(ADL表添付の場合は未記入でも構いません。)

介護保険	自立 ・ 要支援( 1 2 ) ・ 要介護( 1 2 3 4 5 ) ・ 未申請 ・ 申請中( 月 日)				
認知症の程度	無 ・ 軽度 ・ 中程度 ・ 重度 (長谷川式 点)				
問題行動	徘徊 ( 有 ・ 無 ) 不潔行為( 有 ・ 無 )				
身体判定	□ランクJ □ランクA □ランクB □ランクC				
認知症判定	□ランクI □ランクII □ランクIII □ランクIV □ランクM				
日常活動能力		基本動作能力			
食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	形態(普・キザミ・ミキサー・粥)		起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	アレルギー( )		座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
更 衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		屋内歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
言語障害	有 ・ 無	視力障害	有 ・ 無	屋外歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
聴力障害	有 ・ 無	意思疎通	可 ・ 困難		
有料老人ホームへのご希望					
現在の状況 (在宅療養中 ・ 施設入所中および入院中(入院日 年 月 日))					
診断の結果、本書のとおり相違ないことを証明します。					
ご住所:					
TEL/FAX:					
医療機関名:					
医師名: 印 記載日 年 月 日記載					
※本診断書は3ヶ月以内の診察結果をもとに記載して下さい。					

ご協力頂きましてありがとうございました。