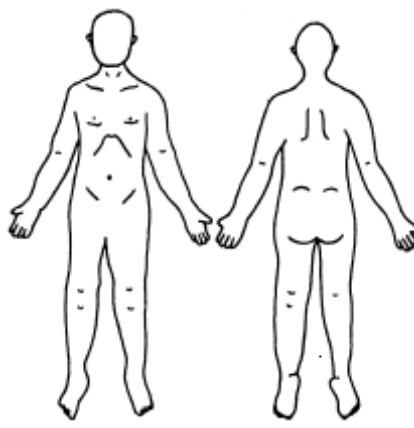


検査所見	梅毒検査 【実施年月日】 年 月 日	STS 定性 陽性なら TPHA 定性()	 (異常所見があればご記入ください。)
	【HBV】(B型肝炎)HBs抗原定性() 陽性なら HBe 抗原()		
	【HCV】(C型肝炎)		
	【MRSA】(部位) 年 月 日 施行		
	胸部X線	撮影:平成 年 月 日 異常なし・異常あり	
	尿検査	尿糖() 蛋白() 潜血() ウロビリノーゲン()	
	心電図	撮影:平成 年 月 日 異常なし・異常あり (主要所見)	

異常所見を有するその他の検査値 ()

精神状況	問題症状 【有・無】	(幻覚・妄想・易怒・興奮・暴言・暴力・徘徊・火の不始末・介護抵抗・性的逸脱行為・不潔行為・昼夜逆転・異食行為・その他) ()	意思疎通、性格、対人関係(コミュニケーション)
	精神科治療歴		

認知症高齢者の日常生活自立度
自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

現在の処方内容

入所(利用)に対するアドバイス(介護・医療)

医療機関

平成 年 月 日

住所

電話() -

医師氏名

印