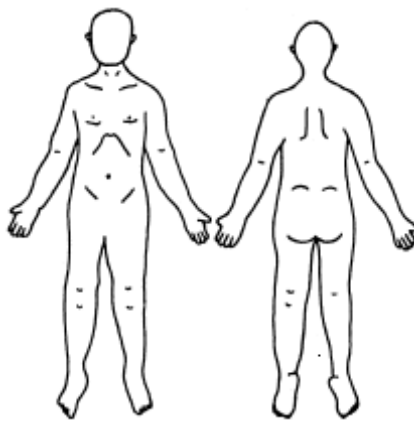


検査所見	梅毒検査 【実施年月日】 年 月 日	STS 定性 陽性なら TPHA 定性()	 (異常所見があればご記入ください。)
	【HBV】(B型肝炎)HBs抗原定性() 陽性なら HBe 抗原()		
	【HCV】(C型肝炎)		
	胸部X線	撮影:令和 年 月 日 異常なし・異常あり	
	尿検査	尿糖() 蛋白() 潜血() ウロビリノーゲン()	
	心電図	撮影:令和 年 月 日 異常なし・異常あり (主要所見)	
異常所見を有するその他の検査値 ()			
精神状況	問題症状 【有・無】	(幻覚・妄想・易怒・興奮・暴言・暴力・徘徊・火の不始末・介護抵抗・性的逸脱行為・不潔行為・昼夜逆転・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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
現在の処方内容			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
入所(利用)に対するアドバイス(介護・医療)			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
医療機関 住所		令和 年 月 日	
		電話()	—
医師氏名		印	