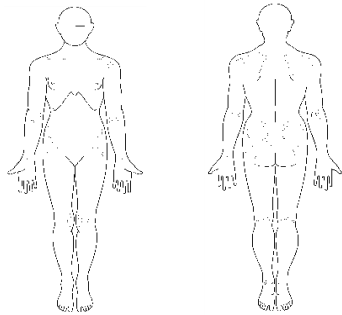


心身の状態

該当するものを○で囲んで下さい。

認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 改訂長谷川式簡易知能評価スケールの点数:(/30点: 年 月 日実施) 有の場合に、認められる中核症状 <input type="checkbox"/> a 近時記憶障害(最近のことを忘れている) <input type="checkbox"/> b 遠時記憶障害(昔のことも忘れている) <input type="checkbox"/> c 見当識障害(時間 場所 人) <input type="checkbox"/> d 思考・判断力の障害 辺縁症状 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 一人では戻れない <input type="checkbox"/> 立ち上がり転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
精神症状	<input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏・興奮 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 人格の変化 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 多幸症 <input type="checkbox"/> その他 ()
神経症状	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 失認・失行 <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 不随運動
身体症状	身長 cm 体重 kg <input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 () <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 () 上記の部位を右に記入して下さい。



老健施設利用に際してのご要望

--

紹介医療機関

医療機関名	電話	
所在地		
紹介医師名	科	診療情報提供書作成日 年 月 日