

ふりがな 氏名 住所	M・T・S 年 月 日 (歳)		
病名と経過			
既往歴			
認知症の行動異常と精神症状 (具体的内容)	不穏・暴言・暴言(+ ・ -) 徘徊(+ ・ -) 介護抵抗(+ ・ -) 昼夜逆転(+ ・ -) 不潔行為(+ ・ -) 性的問題(+ ・ -) 妄想(+ ・ -) 異食(+ ・ -) その他() 長谷川式知能評価スケール: 点 認知症短期集中リハビリ実施への希望(有 ・ 無)		
血液検査	検査日	年 月 日	
	感染症	HBs抗原() HCV抗体() MRSA() CRP() RPR() QFT (IGRA) ※QFTについては結核の既往がある場合及びX-P所見で異常があった場合のみ検査をお願いします	
	肝機能	GOT() GPT() γ -GTP() TP() ALB()	
	腎機能	BUN() Cr() 推算GFR() Na() K() Cl()	
	脂質	HDL-Cho() LDL-Cho() 中性脂肪()	
	代謝系	尿酸() 血糖() HbA1c() TSH()	
	CBC	WBC() RBC() Hgb() Ht() Plt()	
尿検査	糖() 蛋白() WBC() 潜血()	検査日	年 月 日
胸部X-P所見 (記録添付・CD可)		撮影日	年 月 日
心電図所見 (記録添付・CD可)		撮影日	年 月 日
脳CT・MRI所見 (記録添付・CD可)		撮影日	年 月 日
内服薬・注射等 (院外薬局の書類添付でも可)			
療養上の指示又は注意事項			
外来受診の必要性(無 ・ 有 →	年 月 日)		

年 月 日

所在地
名称
医師名