

【受診・入院相談表】

平成 年 月 日

氏名	□男 □女 M T S 年 月 日生 ( 歳)	
住所	連絡先	
介護保険	□不明 □無 □有 ( 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5 不詳 )	
所在	□自宅 □入院中 ( ) □施設 ( )	
相談者		
状況・経過		
<p>周辺症状) (HDS-R 点)</p> <p>□抑うつ状態 【特記事項】</p> <p>□幻覚妄想状態</p> <p>□もの盗られ妄想</p> <p>□精神運動興奮状態</p> <p>□昼夜逆転</p> <p>□せん妄状態 (昼・夜)</p> <p>□不眠</p> <p>□盗食</p> <p>□不食</p> <p>□大声</p> <p>□暴言・暴力</p> <p>□徘徊</p> <p>□不潔行為</p> <p>□その他</p>	<p>合併症) かかりつけ医；</p> <p>高血圧症：□不明 □無 □有 【特記事項】</p> <p>高脂血症：□不明 □無 □有</p> <p>糖尿病：□不明 □無 □有</p> <p>心疾患：□不明 □無 □有</p> <p>アルコール依存：□不明□無□有</p>	
	<p>その他) 【特記事項】</p> <p>疥癬： □不明 □無 □有</p> <p>褥瘡： □不明 □無 □有</p> <p>肺炎： □不明 □無 □有</p> <p>難聴： □不明 □無 □有</p>	
	<p>ADL)</p> <p>移動：□独歩 □伝い歩き □車椅子 □ベッド</p> <p>食事：□自立 □一部介助 □全介助</p> <p>排泄：□自立 □見守り □一部 □全介助</p> <p>【特記事項】</p>	
既往歴)	家族構成)	