(株)リエイ　/　ジェイシーサービス(株)
施設入居診断書

フリガナ		生年月日	
氏名		明治　・　大正　・　昭和 年　　月　　日(　　歳)	
郵便番号	〒　　ー	性別	男　・　女
住所		電話	
		携帯電話	
既往歴			
現病名			
病状経過及び検査結果 ※コピーの添付をお願い致します	MRI検査の可否　可　・　否　　身長　　cm　　体重　　kg		
現在の処方			
胸部X線所見		心電図所見	
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)		自立　・　J1　・　J2　・　A1　・　A2　・　B1　・　B2　・　C1　・　C2	
認知症老人の日常生活自立度		自立　・　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱb・　Ⅲa　・　Ⅲb　・　Ⅳ　・　Ⅴ　・　M	
感染症 ※必須項目	MRSA　(　　) HCV抗体検査(　　) 梅毒　(　　)	HBs抗原検査(　　) 疥癬　(　　) 肺結核　(　　)	
アレルギー	薬物　(　　)	食物　(　　)	
備考			

上記の通り診断いたします。　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関の名称

医　　師