

診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設施設長 殿

医療機関 名称

所在地

電話番号

医師氏名

印

氏名	様	男・女	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	歳
診断名	1.			既往歴				
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
症状経過								
	定期受診：無・有							
処方				食事	一般食			
					治療食	糖尿病		Kcal
目薬						減塩		g
								g

検査 所見	<u>血液</u> 白血球() 赤血球() 血小板() Hb() Ht() CRP() GOT() GPT() LDH() γ -GTP() BUN() UA() クレアチニン() Na() K() Cl() 血糖() HbA1c() 総蛋白() アルブミン() 中性脂肪() 総コレステロール() HDL-コレステロール() LDL-コレステロール() (年 月 日)	
	<u>尿</u> 蛋白() 糖() 潜血() (年 月 日)	
	<u>感染症</u> HBs抗原(+・-) HBs抗体(+・-) HCV抗体(+・-) 疥癬(+・-) MRSA(+・-) 梅毒(+・-) (年 月 日)	
	<u>胸部X線所見</u> (年 月 日)	<u>心電図所見</u> (年 月 日)
身体 状況	<u>身長</u> cm <u>体重</u> kg <u>血圧</u> / mmHg	
	<u>皮膚疾患</u> 無・有 掻痒症(部位) 褥瘡(部位) その他(部位)	
	<u>認知症の行動</u> 無・有 (記憶障害・見当識障害・理解、判断力の障害・実行機能障害・失語・失認識・失行 被害妄想・作話・幻視・幻聴・感情が不安定・昼夜逆転・暴言・暴行・介護拒否 同じ話をする・大声を出す・常時の徘徊・落ち着きがない・収集癖・異食行為 1人で出たがる・火の不始末・物や衣類を壊す・不潔行為・性的迷惑行為)	
	※当てはまる行動に○印をお願いします。	
<u>視力障害</u> 無・有 <u>聴力障害</u> 無・有 <u>言語障害</u> 無・有 <u>嚥下障害</u> 無・有		
<u>麻痺</u> 無・有 (部位) <u>拘縮</u> 無・有 (部位)		
障害老人自立度 { 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 }		
認知症老人自立度 { 無 I IIa IIb IIIa IIIb IV M }		

※ 入所ご希望の心身状況把握のため、検査データは3ヶ月以内のものをお願い致します。
 ご多忙のところ大変恐縮ですがよろしくお願い致します。