

診療情報提供書

平成 年 月 日

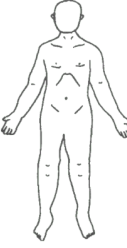


医療法人社団 幹人会
 介護老人保健施設 菜の花
 介護老人保健施設 ユニット菜の花
 施設長 殿

医療機関名
 所在地
 電話番号
 FAX番号
 医師氏名

印

| | | | | | | | | |
|-----------------|---|-------|------|-------|---|---|----|---|
| フリガナ | | 男 | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| 氏名 | | 女 | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 () | | | | | | | |
| 病名 | 1. | 発症年月日 | | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日頃 | |
| | 2. | 発症年月日 | | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日頃 | |
| | 3. | 発症年月日 | | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日頃 | |
| | 4. | 発症年月日 | | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日頃 | |
| 既往歴 | | | | | | | | |
| 病状経過 | (痴呆がある場合は特に詳しく記載してください) | | | | | | | |
| 注意事項 [食事内容等] | <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ | | | | | | | |
| 現在の処方内容 | | | | | | | | |

お手数ですが、裏面もご記入ください。

| | | | | | | |
|--|------------------|---|-------|---|--------|-------|
| <日常生活の自立度> ・障害老人（寝たきり度） <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・痴呆性老人 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | | |
| <理解および記憶> ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意志の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> 伝えられない | | | | | | |
| <問題行動の有無> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合) <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <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() | | | | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 血圧 | mmHg | 脈拍数 |
| 不整脈 | あり・なし | ECG所見 | | | | |
| 麻痺(有・無)  程度：軽度・中度・重度 | | 褥瘡(有・無)  | | X-P所見 (急性疾患なければ1年以内)  撮影日 年 月 日 | | |
| 検査結果 | 血液検査 (検査日 年 月 日) | | | | | |
| | 白血球数 | | T-Bil | | LDL | 血糖 |
| | 赤血球数 | 万 | GOT | | HDL | Na |
| | ヘモグロビン | | GPT | | 中性脂肪 | K |
| | 血小板 | 万 | γ GTP | | 尿素窒素 | Cl |
| | 総蛋白 | | LDH | | クレアチニン | CRP |
| | アルブミン | | ALP | | 尿酸 | HbA1c |
| | 尿検査 | | | | | |
| | 糖 | —・+ | タンパク | —・+ | 潜血 | —・+ |
| | 感染症 | | | | | |
| HBs抗原 | —・+ | HCV抗体 | —・+ | ガラス板法 | —・+ | |
| MRSA | —・+ | 部位 () | | 疥癬 | —・+ | |
| 特記事項 | 肺炎球菌ワクチン接種 (有・無) | | | | | |

・直近の医療情報を御記入下さい。結果伝票のコピー添付でも構いません。

・この書式は健康診断書ではありません。必ずしも新たな検査を求めるものではありません。