

診療情報提供書

平成 年 月 日

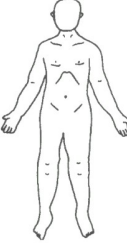
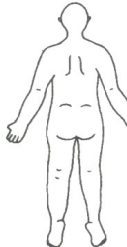
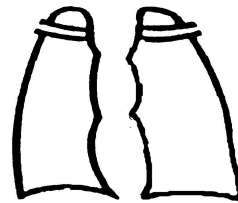
医療法人社団 幹人会
 介護老人保健施設 菜の花
 介護老人保健施設 ユニット菜の花
 施設長 殿

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	(認知症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> ・障害高齢者（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 ・認知症高齢者 <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) 		褥瘡(有・無) 		X-P所見 (急性疾患なければ1年以内) 		
程度：軽度・中度・重度				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	γGTP		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	—・+	
部位 ()				部位 ()		
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。