

診療情報提供書

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	年	月	日頃					
	2.	発症年月日	年	月	日頃					
	3.	発症年月日	年	月	日頃					
	4.	発症年月日	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	-・+	TPHA	-・+				
MRSA	-・+	部位()		疥癬	-・+	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。