

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
介護医療院 ユニット菜の花
施設長 殿

医療機関名

所在地

電話番号

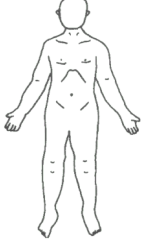
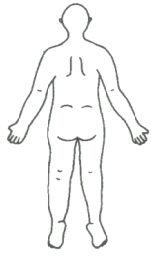

FAX番号

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	クレアチン	CRP
	アルブミン	ALP	尿酸	HbA1c
	尿検査			
	糖	-・+	タンパク	-・+
	感染症			
HBs抗原	-・+	HCV抗体	-・+	
		ガラス板法	-・+	
MRSA	-・+	部位()	TPHA	
		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。