

診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設

フリガナ		性 別	生年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日生 歳
氏 名		男・女		
住 所	〒 -		電話番号	- -

傷病名及び既往症 <small>※内服しているお薬に関する病名及び既往歴を全てご記入願います。</small>	1	発症日	年	月	日頃
	2	発症日	年	月	日頃
	3	発症日	年	月	日頃
	4	発症日	年	月	日頃
	5	発症日	年	月	日頃
	6	発症日	年	月	日頃


障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<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
認知症である老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<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	

身長	cm	体 重	kg	血 圧	～	mmHg
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	問題行動 ()	*HDS-R 点 年 月 日			
皮膚病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病 名	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 白癬 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()	大きさ (cm ²)			
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
関節硬直	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
疼 痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
足 変 形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
浮 腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 間接介助 <input type="checkbox"/> 直接介助				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 間接介助 <input type="checkbox"/> 直接介助				
栄 養 状 態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良				
嚥 下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない		*経管栄養 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻		
失 禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(尿・便)	<input type="checkbox"/> パット使用		<input type="checkbox"/> オムツ使用(夜間のみ・昼夜とも)		
排 尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 間接介助 <input type="checkbox"/> 直接介助 <input type="checkbox"/> カテーテル使用				
排 便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 間接介助 <input type="checkbox"/> 直接介助				
入浴・着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 間接介助 <input type="checkbox"/> 直接介助				

※専門棟に入所希望の方は「傷病名及び既往歴」に認知症の病名及び「認知症日常生活自立度」でⅢa以上の判断が必要となります

心電図検査 (コピー可)
検査日平成 年 月 日
異常所見 有・無

胸部X線撮影
(3ヶ月以内の写真)
結核の既往 有・無・不明
異常所見 有・無



撮影日平成 年 月

*各データはコピー可			
検査日平成		年 月 日	
尿検査	蛋白質		γ-GTP u/l
	糖		LDH u/l
血液学的検査	潜血		TBL mg/dl
	RBC	×10 ⁴ /μl	K mEg/l
生化学検査	WBC	/μl	Na mEg/l
	Hb	g/dl	Cl mEg/l
	Ht	%	Ca mEg/l
	PLT	×10 ⁴ /μl	T-c h o mg/dl
生化学検査	Fe	μg/dl	BUN mg/dl
	TP	g/dl	CRE mg/dl
	ALB	g/dl	CRP mg/dl
	AST(GOT)	u/l	HbA1c mg/dl
感染症	ALT(GPT)	u/l	FBS mg/dl
	HBsAg		未 検
血液型	HCV		未 検
	TPHA法		未 検
	MRSA	検出部位 ()	未 検
		Rh (+・-) A・B・AB・O	未 検

所見及び今後の診療	現在の処方内容
<p>*他科受診 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p><input type="checkbox"/>内科 <input type="checkbox"/>呼吸器科 <input type="checkbox"/>消化器科</p> <p><input type="checkbox"/>循環器科 <input type="checkbox"/>整形外科 <input type="checkbox"/>泌尿器科 <input type="checkbox"/>婦人科 <input type="checkbox"/>皮膚科</p> <p><input type="checkbox"/>眼科 <input type="checkbox"/>歯科 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	

平成 年 月 日

住 所

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印