

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	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 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		年 月 日			
尿検査	蛋白		生化学検査	γ-GTP	u/l
	糖			LDH	u/l
	潜血			TBL	mg/dl
血液学的検査	RBC	×10 ⁴ /μl	生化学検査	K	mEq/l
	WBC	/μl		Na	mEq/l
	Hb	g/dl		Cl	mEq/l
	Ht	%		Ca	mEq/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
	HCV				未 検
	TPHA法				未 検
	MRSA	検出部位 ()			未 検
血液型	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>	

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医師氏名

印