

# 診療情報提供書

介護老人保健施設

殿

ふりがな		男 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
氏名			
介護認定	未済・済・要介護度( ) 有効期限: 年 月 日		
病名			
既往歴	アレルギー 有( )・無		
病歴 および 現病			
身長:	cm	体重:	kg
		血圧:	~ mmHg
認知症の有無	有(程度: 軽・中・重 ※HDS-R 点 年 月 日)・無		
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 幻覚・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"/> その他( )		
皮膚病	疥癬・白癬・皮膚掻痒症・褥瘡 部位( )・無		
移動	自立・見守り・間接介助・直接介助		
食事	自立・見守り・間接介助・直接介助		
嚥下	できる・むせやすい・経管栄養(経鼻栄養・胃瘻)・IVH		
排尿	自立・見守り・介助・パット使用・おむつ使用・留置カテーテル		
排便	自立・見守り・介助・おむつ使用・人口肛門		
入浴着脱衣	自立・見守り・間接介助・直接介助		

検査日: 年 月 日		胸部X線撮影
尿検査	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )	撮影日: 年 月 日 (3ヶ月以内の写真) 異常所見: 有・無 結核の既往: 有・無・不明
感染症	HBs抗原( ) HCV( ) ガラス板法( ) MRSA感染既往( ) その他( )	
血液学的検査	RBC                      P l a t	心電図検査 検査日: 平成 年 月 日 異常所見: 有・無
	Hb                         WBC	
	Hc t	
生化学検査	TP                         BUN	
	AST                       Cr	
	ALT                       Na	
	γGTP                     K	
	T・Ch o                  FBS	
	TG                         CRP	
(HBs抗原、HCV検査はできるだけ記入。各データ、心電図、胸部X線はコピーでも可)		
所見及び今後の診療に関する情報		現在の処方(コピーでも可)
※他科受診 有・無(○で囲んでください) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他( )		

年 月 日

住所 〒

医療機関名

医師

印