

診療情報提供書 (介護老人保健施設用)

氏名			住所								
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(歳)				
診断名											
現病歴											
既往歴											
処方箋											
アレルギー	薬物: 無・有 ()	食物: 無・有 ()									
自立度	痴呆度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M									
	寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2									
問題行動	無・有	妄想	幻覚	幻聴	独語	徘徊	暴力	暴言	異食	不潔行為	介護拒否
		その他 ()									
ADL	1. 歩 行 : 自立・一部・全		2. 食 事 : 自立・一部・全		3. 排 泄 : 自立・一部・全						
	4. 座位保持 : 自立・一部・全		5. 衣服着脱 : 自立・一部・全		6. 入 浴 : 自立・一部・全						
検査	1 血 液	赤血球数		血色素		白血球数					
		血小板数		ヘマトクリット		-----					
	3 生 化 学	尿	蛋白		糖		潜血				
		総蛋白		クレアチニン		尿素窒素					
			尿酸		γGTP		GOT				
4 心 電 図	異常所見 無・有 ()										
5 そ の 他	※ 採血年月日: 年 月 日										
血圧・脈拍	血圧	/	^{mm} / _{Hg} 脈拍	回/分	身長	cm	体重	kg			
感染症	梅 毒	梅毒脂質抗原使用検査[定性] (+・-)				※感染症の有無等を記載					
		TPHA 試験[定性] (+・-)									
	肝 炎	H B s 抗 原 (+・-)		精密数値 ()							
		H C V 抗 体 価 (+・-)									
胸部 X 線	1. 肺 結 核 (+・-)				撮影年月日()						
	2. その他所見:										
皮膚疾患	1. 褥 瘡 (+・-)										
	2. 疥 癬 (+・-)										
	3. その他:										
入所等に係る医師の意見(ハルーンカテーテル等装着している医療機器があれば記入してください)											

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印