

診療情報提供書

介護老人保健施設 殿

ふりがな			男	明治 ・ 大正 ・ 昭和	
氏 名			・	年 月 日生	(歳)
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 :	c m	体 重 :	k g	血 圧 :	～ mmH g
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	有 (□ 幻覚・幻聴 □ 妄想 □ 昼夜逆転 □ 暴言 □ 暴行 □ 介護への抵抗 □ 徘徊 □ 火の不始末 □ 不潔行為 □ 異食行動 □ その他 ())				・ 無
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) ・ I V H				
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	R B C P l a t H b W B C H c t	
	T P B U N A S T C r A L T N a γ G T P K T ・ C h o F B S T G C R P U A	
	心 電 図 検 査 検 査 日 : 平成 年 月 日 異常所見: 有 ・ 無	
(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