

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	
氏 名				年 月 日生 (歳)	
介 護 認 定	未済 ・ 済 ・ 要介護度 () 有効期限 ： 令和 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				
行動・心理症状の有無	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 ・ 人工肛門				
入浴着脱衣	自 立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助				

検 査 日 ： 令和 年 月 日		胸 部 X 線 撮 影
尿 検 査	蛋白 () 糖 () 潜血 ()	撮 影 日：令和 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	HB s 抗原 () HCV () ガラス版法 () MRSA感染既往 () その他 ()	
血液学的検査	RBC Plat Hb WBC Hct	
	TP BUN AST Cr ALT Na r GTP K T・Cho FBS TG CRP UA HbA	
	(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 ()		

令和 年 月 日 住 所 〒
医療機関名
医 師 印