

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												
※必要に応じて、別紙を添付してください。												
既往歴												
処方薬												
アレルギー	薬物: 無・有(食物: 無・有(
自立度(別紙参照)	認知度: 正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ			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(
A D L	1 歩 行: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		2 食 事: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		3 排 泄: 自立 ・ オムツ ・ 全介助			4 座位保持: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	5 衣服着脱: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		6 入 浴: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助									
検査	1 血 液: 赤血球() 血色素() 白血球数() 血小板数()		ヘマクリット()									
	2 尿 : 蛋白() 糖() 潜血()		血清アルブミン()									
	3 生化学: 総蛋白() クレアチニン()		尿素窒素() 尿酸()									
	γGTP() GOT() GPT()		総コレステロール() 血糖()									
	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		mmHg		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(RPR)[定性]		(+ ・ -)		※感染性の有無等を記載						
		TPHA試験[定性]		(+ ・ -)								
	肝 炎	HBs抗原 (+ ・ -)		精密数値()								
		HCV抗体価 (+ ・ -)										
※別紙を必ず参照してください。	胸部X線	1. 肺結核 (+ ・ -)				撮影年月日(年 月 日)						
		2. その他所見(
	皮膚疾患	1. じよく瘡 (+ ・ -)										
	2. 疥癬 (+ ・ -)											
	3. その他(
入所等に係る医師の意見(バルーンカテーテル等装着している医療器具があれば記入して下さい。)												

平成 年 月 日 医療機関名
所在地
医師氏名

印