

# 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・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。)					

令和 年 月 日 医療機関名  
所在地  
医師氏名

印