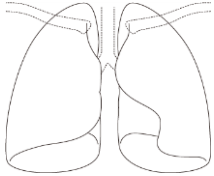


診 療 情 報 提 供 書

(フリガナ)		性別	介護度	生年月日	
氏名		男・女		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
		身長		Cm	体重
既往歴	(年 月)	現病歴	(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
< 療養経過 >					
< 内服状況 >					
麻痺	なし ・ あり		拘縮	なし ・ あり	
	上肢 (L ・ R) 下肢 (L ・ R) その他			上肢 (L ・ R) 下肢 (L ・ R) その他	
視力	異常所見 (なし ・ あり)		聴力	異常所見 (なし ・ あり)	
	詳細 :			詳細 :	
日常生活自立度			自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症老人日常生活自立度			正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
行動障がい		なし ・ あり 該当項目に○をして下さい			
徘徊 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 異食 ・ 幻聴 ・ 幻視 ・ 妄想 ・ 独語 ・ 不潔行為 ・ 介護拒否					
< 備考 >					

医療行為	胃ろう（なし・あり） ストマ（なし・あり） パルーン（なし・あり） その他（ ）					
皮膚疾患	なし・あり（部位）	疥癬	なし・あり			
褥瘡	なし・あり（部位）	程度				
アレルギー	なし・あり（詳細）					
心電図						
胸部X-P	異常所見（-・+） 結核の既往（なし・あり） 結核の活動性（なし・あり） 喀痰検査(要)結果（-・+）		撮影年月日 年 月 日			
梅毒	TPHA（-・+）	MRSA	咽頭・鼻腔（-・+）			
肝炎	Hbs抗原（-・+） Hbs抗体（-・+）	HCV抗体（-・+）				
血液検査	別紙データ（なし・あり）※ ありの場合は、未記入で可					
	白血球	μℓ	赤血球	μℓ	ヘモグロビン	g/dℓ
	血小板	μℓ	総蛋白	g/dℓ	アルブミン	g/dℓ
	GPT	IU/ℓ	LDH	IU/ℓ	総ビリルビン	mg/dℓ
	γ-GTP	IU/ℓ	クレアチニン	mg/dℓ	BUN	mg/dℓ
	Na	mEq/ℓ	Cl	mEq/ℓ	K	mEq/ℓ
	LDLコレステロール	mg/dℓ	血糖値	mg/dℓ	空腹時血糖100以上の場合 →	HbAc1c %
	心不全の方 →	BNP pg/ml		ワーファリン内服の方 → PT-INR		
尿	蛋白（ ）	糖（ ）	潜血（ ）	検査年月日 年 月 日		
リハビリについての医師の意見						
認知症専門棟 適・不適 HDS-R 点 MMSE 点						
記載日 平成 年 月 日						
医療機関名及び所在地						
電話番号						
担当医（ ）科 印						