

診療情報提供書

(介護老人保健施設)

神戸市北区統一 (H 28.9~)

施設長殿

氏名	(男・女)	年 月 日 (歳)		
住所	電話番号 - -			
病名・既往	1 発症時期 年 月	5 発症時期 年 月		
	2 発症時期 年 月	6 発症時期 年 月		
	3 発症時期 年 月	7 発症時期 年 月		
	4 発症時期 年 月	8 発症時期 年 月		
現在の病状及び、治療状況				
投薬内容 <small>(他科内服・外用薬を含む)</small>	別紙添付(無 : 有)			
身体状況	血 圧 / mmHg	身 長 cm	体 重 kg	
	麻 痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢(左・右) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 点眼薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
アレルギー	薬 物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	食 物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
皮膚疾患	疥癬既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	褥 瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	その他 ()	
自立度	障害高齢者の日常生活自立度 : 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
認知症	認知症高齢者の周辺症状の有無 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食・盗食 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種	インフルエンザ ^a <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (年 月)		肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (年 月)	
血液検査 <small>(直近3か月内データ添付可)</small>	白血球	AST	HBs抗原 (陰性・陽性)	胸部X線写真所見 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	赤血球	ALT	HCV抗体 (陰性・陽性)	
	ヘモグロビン	Na	ガラス板・TPHA (陰性・陽性)	
	ヘマトクリット	K	MRSA (陰性・陽性)	
	血小板	Cl	部位 (喀痰・咽頭・鼻腔)	
	血清蛋白	LDL-C	結核 (陰性・陽性)	
	アルブミン	血糖	塗沫・培養・PCR (胸部X線上、必要と判断された場合)	
	尿素窒素	HbA1c (糖尿病の場合)	心電図異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	年 月 日	クレアチニン	CRP	
施設利用にあたってのご意見(リハビリ・食事等に関する事)				
医療機関名				年 月 日
所在地				
電話番号	-	-	担当医師名	印