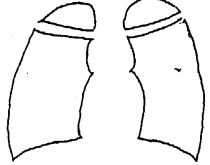


# 診 療 情 報 提 供 書

ふりがな		男 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
氏 名			
住 所	〒 電話 ( )		
介護認定	未済・済・要介護度 ( ) 有効期限：平成 年 月 日		
既往症及び病名  (現在の病名があれば番号を○で囲んでください)	1	(発症日 年 月 日頃)	
	2	(発症日 年 月 日頃)	
	3	(発症日 年 月 日頃)	
	4	(発症日 年 月 日頃)	
	5	(発症日 年 月 日頃)	
	6	(発症日 年 月 日頃)	
身長：	cm	体重：	kg
		血 圧：	～ mmHg
感 染 症	HBsAg	TPHA 法	
	HCV	MRSA 感染	
認知症の有無	有 (程度：軽・中・重 ※HDS-R 点 年 月 日)・無		
問題行動の有無	有 <span style="font-size: 2em;">{</span> <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <span style="font-size: 2em;">}</span> ・無		
皮膚病	疥癬・白癬・皮膚掻痒症・その他 ( ) ・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 ・ やや困難 ・ できない ※経管栄養 有 (経鼻胃管・胃瘻) ・ 無		
尿失禁	有 パット使用 (有・無) おむつ使用 (有・無) ・ 無		
排尿	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助		
便失禁	有 パット使用 (有・無) おむつ使用 (有・無) ・ 無		
排便	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助		
入浴着脱衣	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助		

検査日： 年 月 日		心電図検査 (コピーでも可)	胸部X線撮影 (コピーでも可)			
尿検査	蛋白	検査日： 年 月 日 異常所見：有 ・ 無	撮影日： 年 月 日 (3ヵ月以内の写真) 異常所見：有 ・ 無 結核の既往：有・無・不明			
	糖					
	潜血					
血液学的検査	RBC	×10 <sup>4</sup> /μl				
	Hb	g/dl				
	Hct	%				
	PLT	×10 <sup>4</sup> /μl				
	WBC	/μl				
生化学検査	TP	g/dl	T-cho	mg/dl	Na	mEq/l
	Alb	g/dl	T-G	mg/dl	K	mEq/l
	AST	u/l	BUN	mg/dl	Cl	mEq/l
	ALT	u/l	CRE	mg/dl	FBS	mg/dl
	γ-GTP	u/l	UA	mg/dl	CRP	mg/dl
	LDH	u/l				
所見及び今後の診療			現在の処方内容			
		※ 他科受診 有 ・ 無 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)		