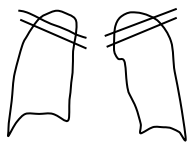


診療情報提供書 (介護老人保健施設用)

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	※処方薬リストを添付してください。また、他科での処方薬も含めてご記入ください。				
アレルギー	薬物：無・有 ()	食物：無・有 ()			
自立度	痴呆度：正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	寝たきり度：正常・J1・J2・A1・A2・B・B2・C1・C2			
問題行動	無・有 (妄想・幻覚・幻聴・独語・徘徊・暴力・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・一部介助・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
検査	1血液：白血球数()赤血球()血色素()ヘマトクリット() 血小板()				
	2尿：蛋白()糖()潜血()				
	3生化学：総蛋白()ALB()尿素窒素()クレアチニン()尿酸() GOT()GPT()γ-GTP()HDL-ch()LDL-ch() 中性脂肪()血糖()HbA1c(DMの方のみ)() Na()Cl()K()CRP()BNP(心不全の方のみ)()				
	4心電図：異常所見 無・有 () ※(採血年月日 年 月 日) ※心電図のコピーを添付してください。				
血圧・脈拍	血圧	/	mmHg	脈拍	回/分
				身長	cm
				体重	kg
感染症	MRSA	(+・-) 部位()			胸部X線(撮影年月日 年 月 日)
	梅毒	RPR検査 [定性] (+・-) TPLA試験 [定性] (+・-)			所見
	肝炎	HBs抗原 (+・-) 精密数値() HCV抗体価 (+・-)			
	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機器があれば記入してください。)					

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名

印