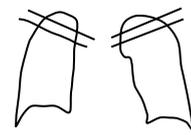


# 診療情報提供書 (介護老人保健施設用)

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	認知度：正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	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	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( ) 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( ) γGTP( ) 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 ( ) ※心電図のコピーを添付してください。 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			胸部X線		
梅毒	RPR検査 [定性] ( + ・ - ) TPLA試験 [定性] ( + ・ - )		撮影年月日 R 年 月 日 所見  異常あり・異常なし 結核の既往 無・有 ( 歳) 既往のある方 結核の活動性 無・有		
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。)					

年 月 日

医療機関名  
所在地  
医師氏名

印