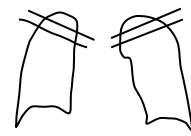


# 診療情報提供書 (介護老人保健施設用)

|   |   |                                 |   |       |          |
|---|---|---------------------------------|---|-------|----------|
| 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( )<br>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( )<br>GOT( ) GPT( ) $\gamma$ GTP( ) HDL-ch( ) LDL-ch( )<br>中性脂肪( ) 血糖( ) HbA1c(DMの方のみ)( )<br>Na( ) Cl( ) K( ) CRP( ) BNP(心不全の方のみ)( ) |                                 |   |       |          |
|   | 4.心電図：異常所見 無・有 ( )<br>※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] ( + ・ - )<br>TPLA試験 [定性] ( + ・ - )   |                                 | 撮影年月日 R 年 月 日<br>所見   |       |          |
| 肝炎  | HBs抗原 ( + ・ - ) 精密数値( )<br>HCV抗体価 ( + ・ - )   |                                 | <br>異常あり・異常なし<br>結核の既往 無・有 ( 歳)<br>既往のある方 結核の活動性 無・有 |       |          |
| 皮膚疾患  | 1.じよく瘡 ( + ・ - )<br>2.疥癬 ( + ・ - )<br>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