

診療情報提供書

介護老人保健施設

葵の園・上越

施設医

先生御机下

紹介目的: 入所・短期入所・通所リハビリ・自宅療養・その他()

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生()歳						
住所						TEL						
既往及び現病歴	傷病名											
	症状経過、検査結果及び治療経過											
現在の処方												
ADL状況 (該当に○)	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
	認知度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
	排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
	着替え	自立	見守り	一部介助	全介助	整容	自立	見守り	一部介助	全介助		
一般状態	身長	cm	体重	kg	血压	/	mmHg	脈拍	/分	(整・不整)		
	麻痺	無・有	(部位			拘縮	無・有	(部位				
	褥瘡	無・有	(部位									
	疥癬等の皮膚疾患	無・有	(部位									
	その他の留意すべき感染症	無・有	(具体的に			アレルギー及び禁忌	無・有	(
検査日	RBC	× 10 ⁴ /μl			Hb	g/dl		WBC	× 10 ⁴ /μl			
	GOT	U/l		GPT	U/l		クレアチニン	mg/dl				
	血糖(随時 / 空腹)	mg/dl				HbA1c	%					
	胸部X線	異常 有(具体的に)・無		ECG	異常 有(具体的に)・無
	その他検査値:											
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)												
家族歴・本人の職業歴						本人及び家族の要望						

記入日 年 月 日

医療機関(診療科名)・施設名

所在地

TEL

主治医

印