

診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設 葵の園・長岡
施設長宛

医療機関名
住所
電話
医師名

印

氏名			男・女	M・T・S	年	月	日	()	歳	
住所	〒						TEL			
紹介目的： 入所・短期入所・通所リハビリ				要介護度： 要支援 要介護・申請中						
既往及び現病歴	現病歴				既往歴					
	症状及び、治療経過									
※処方薬の情報は裏面にご記入下さい。処方箋の複写でも結構です。										
一般状態	寝たきり度	正常	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知度	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	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)								
	皮膚疾患	無・有 (部位)			アレルギー及び禁忌	無・有()				
	その他の留意すべき感染症	無・有 (具体的に)								
検査	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	%			
検査H所見	胸部X線 異常 無・有				ECG: 異常 無・有					
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)					認知症診断の所見 無 有 HDS-R (/ 30) [具体的症状 :]					
本人及び家族への説明					本人及び家族の要望					



処方薬情報

氏名 _____

記入日 年 月 日

※処方箋の複写でも結構です

	薬の名前 (記号)	容量	起床時	朝	昼	夕	寝る前	効能・注意・その他
内服薬								
外用薬								
点眼薬								
その他								
※ 他医療機関・他科からの処方 無・有 (医療機関・診療科名:)								

医療機関 (診療科名)

施設名

医師名