

診療情報提供書

介護老人保健施設 葵の園・新潟島

医療機関名

年 月 日

介護老人保健施設 葵の園・新潟寺尾

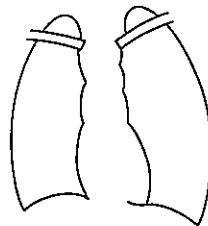
住所
電話

介護老人保健施設 葵の園・新潟北区 施設長 宛

特別養護老人ホーム 葵の園・新潟内野 嘱託医 宛

医師名

⑩

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------|-----------|---|--|--------|-------------|-----------------|
| 氏名 | 様 | 男・女 | M・T・S | 年 | 月 | 日 | ()歳 |
| 住所 | 〒 | | | | | TEL (FAX) | |
| 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 | 診断名(又は主病名) | | | 既往歴 | | | |
| | 症状及び、治療経過 | | | | | | |
| ※処方箋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) | 0 |
| | 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) | | | | |
| 検査日H検査所見 | RBC | / μ l | Hb | g/dl | WBC | / μ l | |
| | GOT | U/l | GPT | U/l | クレアチニン | mg/dl | |
| | 血糖(随時/空腹) | | | mg/dl | HbA1c | g/dl | |
| | 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【検査日 年 月 日】 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