

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

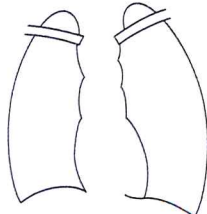
介護老人保健施設 葵の園・新潟北区 施設長 宛

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)						0
	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 検査所見	RBC	/μl	Hb	g/dl	WBC	/μl		
	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