

診療情報提供書

介護老人保健施設 山盛苑

ふりがな		男・女	基本的に西暦（年号でも可）
氏 名			年 月 日生 (歳)
介 護 認 定	未済 ・ 済 ・ 要介護 () 有効期限： 年 月 日		
病 名	① 発症年月日 (年 月 日)		
	② 発症年月日 (年 月 日)		
	③ 発症年月日 (年 月 日)		
	※発症時期不明の場合は不詳とご記入下さい		
既 往 歴	発症年月日 病名	アレルギー 有 () 無	
	誤嚥性肺炎の既往 (有・無) 尿路感染症の既往 (有・無)		
病歴および現症			
医学的な管理を要する器具 (有 ・ 無) ☐ 胃瘻 ☐ 尿道カテーテル ☐ ペースメーカー ☐ 在宅酸素療法 ☐ ストーマ ☐ その他 ()			
身 長 : c m		体 重 : kg	血圧 : ~ mmHg
認知症の有無	(程度： 軽 ・ 中 ・ 重 ※HDS-R 点 年 月 日) ・ 無		
問題行動の有無	有 ☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊 ☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐その他 () ・ 無		
皮 膚 病	疥 癬 ・ 白 癬 ・ 皮膚掻痒症 ・ 褥 創 部位 () ・ 無		
麻 痺	有 <部位> (上肢 右 ・ 左 / 下肢 右 ・ 左 / その他) ・ 無		
筋 力 低 下	有 <部位> (上肢 右 ・ 左 / 下肢 右 ・ 左 / その他) ・ 無		
関 節 拘 縮	有 <部位> () ・ 無		
移 動	自 立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助		
食 事	自 立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助		
嚥 下	できる ・ むせやすい ・ 経管栄養 (経鼻栄養・胃 瘻) ・ IVH		
排 尿	自 立 ・ 見守り ・ 介 助 ・ パット使用 ・ おむつ使用 ・ 留置カテーテル		
排 便	自 立 ・ 見守り ・ 介 助 ・ おむつ使用 ・ 人工肛門		
着 脱 衣	自 立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助		

検 査 日 : 年 月 日		胸 部 X 線 撮 影	
尿 検 査	蛋白 () 糖 () 潜血 ()		撮影日： 年 月 日 (6 カ月以内の写真) 異常所見 : 有 ・ 無 結核の既往：有 ・ 無 ・ 不明
感 染 症	HBs抗原 () HCV抗体 () 梅毒反応 () MRSA 感染既往 (有 無) その他 ()		
	RBC(×10 ⁴)		
	Hb		WBC
血液学的検査	Hct (%)		
	TP		TG
	ALB		UA
生化学検査	γ -GTP		BUN
	AST (GOT)		Cr
	ALT (GPT)		Na
	ALP		K
	TCorLDL-C		FBS HbA1c
	HDL-C		CRP
	(HBs 抗原、HCV 抗体検査はできるだけ記入。各データ、心電図、胸部 X 線はコピーでも可)		
所見及び今後の診療に関する情報			現在の処方 (コピーでも可)
※受診科 有・無 (○で囲んでください) 内・外・整・皮・泌・婦・耳・眼・歯・精・その他 () ※通所リハ必要性の有無 有 ・ 無			

年 月 日
郵便番号 (〒)
住 所
医療機関名
診療科名
医 師

印