

診療情報提供書

地域密着型特別養護老人ホーム うぐいす城東

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) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他()						
身長:	cm	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 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他()					
皮膚病	疥癬・白癬・皮膚搔痒症・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)
感染症	HBs抗原() HCV抗体() 梅毒反応() MRSA感染既往(有無) その他()			異常所見: 有 · 無 結核の既往: 有 · 無 · 不明
血液学的検査	RBC($\times 10^4$)		Plat($\times 10^4$)	
	Hb		WBC	
	Hct(%)			
生化学検査	TP		TG	
	ALB		UA	
	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