

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 ： 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 <div><div><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（ ）</div></div> ・ 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