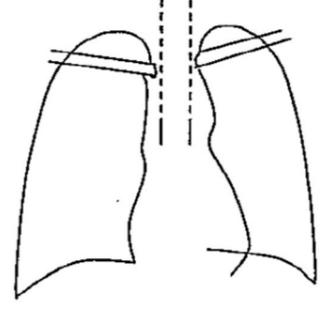


診 療 情 報 提 供 書

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） 年 月 日生 (歳)
氏 名			
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 ()			
血液学的検査	RBC(×10 ⁴)		Plat(×10 ⁴)	
	Hb		WBC	
	Hct (%)			
生化学検査	TP		TG	心 電 図 検 査
	ALB		UA	
	γ-GTP		BUN	
	AST (GOT)		Cr	
	ALT (GPT)		Na	
	ALP		K	
	LDL-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