

診療情報提供書

介護老人保健施設 鷺栖の里

フリガナ				生年月日			
氏名		性別	男女	M T S	年	月	日 (歳)
住所 〒	Tel — —						
病名・既往歴	1,			年	月	(その他)	
	2,			年	月		
	3,			年	月		
	4,			年	月		
	5,			年	月		
	6,			年	月		
経過							
投薬内容	【大変お手数ですが、mg等の分量までご記入ください】						
留意事項	【リハビリテーションのご指示や注意事項をご記入ください】						
身長	cm	体重	kg (測定日 /)		血圧	/	
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2						
認知症高齢者の日常生活自立度	□正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M						
認知症高齢者の周辺症状	□ HDS-RもしくはMMSE /30点 (令和 年 月 日)						
□ 無 □ 有 ⇒	□ 幻覚・幻聴 □ 妄想 □ 暴言・暴力 □ 不潔行為						
	□ 異食・盗食 □ 徘徊 □ その他						
感染症	HCV抗体 (- ・ +)	HBs抗原 (- ・ +)					
☆検査日 (/)	TPHA (- ・ +)	疥癬 (- ・ +)					
	MRSA (- ・ + 保菌・感染)	【検査部位: 喀痰・鼻腔・その他()】					
血液検査	WBC /ml	血糖 mg/dl	γ-GTP IU/l	Na	mEq/l		
	RBC 万/ml	総蛋白 g/dl	CRP mg/dl	K	mEq/l		
	☆検査日 (/)	Hb g/ml	Alb g/dl	HbA1c %	総コレステロール mg/dl		
		Ht %	GOT IU/l	BUN mg/dl	中性脂肪 mg/dl		
		血小板 万/ml	GPT IU/l	Cre mg/dl	LDL-c mg/dl		
各種検査	胸部X線検査 (* 必須)	所見	□ 無 □ 有 ()				
	その他X線検査	所見	□ 無 □ 有 (頭部CT 腹部CT)				
	心電図検査	所見	□ 無 □ 有 ()				
	褥瘡含む皮膚疾患	所見	□ 無 □ 有 ()				
医療機関名	令和 年 月 日						
所在地							
TEL							
FAX	医師名						印