

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 /) | | | 血压 | / |
| 障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 認知症高齢者の周辺症状 <input type="checkbox"/> HDS-RもしくはMMSE /30点 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食・盗食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 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 / μ l | 血糖 mg/dl | γ -GTP U/l | Na mEq/l | | | |
| | RBC 万/ μ l | 総蛋白 g/dl | CRP mg/dl | K mEq/l | | | |
| | ☆検査日 | Hb g/dl | Alb g/dl | HbA1c % | T-Chol mg/dl | | |
| | (/) | Ht % | AST U/l | BUN mg/dl | TG mg/dl | | |
| | | 血小板 万/ μ l | ALT U/l | Cre mg/dl | LDL-C mg/dl | | |
| 各種検査 | 胸部X線検査 (* 必須) | 所見 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | |
| | その他X線検査 | 所見 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頭部CT 腹部CT) | | | | |
| | 心電図検査 | 所見 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | |
| | 褥瘡含む皮膚疾患 | 所見 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | |
| 医療機関名 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | |
| FAX | 医師名 (印) | | | | | | |