

# 診療情報提供書

(介護老人保健施設)

神戸市北区統一 (H28.9~)

施設長殿

<b>氏名</b>	(男・女)	年 月 日 ( 歳 )		
<b>住所</b>	電話番号 - -			
<b>病名・既往</b>	1 発症時期 年 月	5 発症時期 年 月		
	2 発症時期 年 月	6 発症時期 年 月		
	3 発症時期 年 月	7 発症時期 年 月		
	4 発症時期 年 月	8 発症時期 年 月		
<b>現在の病状及び、治療状況</b>				
<b>投薬内容</b> <small>(他科内服・外用薬を含む)</small>	別紙添付( 無 : 有 )			
<b>身体状況</b>	血圧 / mmHg	身長 cm	体重 kg	
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢(左・右) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 点眼薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
<b>アレルギー</b>	薬物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
<b>皮膚疾患</b>	疥癬既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	その他 ( )	
<b>自立度</b>	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 : 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
<b>認知症</b>	認知症高齢者の行動心理症状の有無 <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"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<b>予防接種</b>	インフルエンザ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ( 年 月 )	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ( 年 月 )		
<b>血液検査</b> <small>(直近3か月内データ添付可)</small>	白血球	AST	HBs抗原 ( 陰性・陽性 )	胸部X線写真所見 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	赤血球	ALT	HCV抗体 ( 陰性・陽性 )	
	ヘモグロビン	Na	ガラス板・TPHA ( 陰性・陽性 )	
	ヘマトクリット	K	MRSA ( 陰性・陽性 )	
	血小板	Cl	部位 ( 喀痰・咽頭・鼻腔 )	
	血清蛋白	LDL-C	結核 ( 陰性・陽性 )	
	アルブミン	血糖	塗沫・培養・PCR (胸部X線上、必要と判断された場合)	
	尿素窒素	HbA1c (糖尿病の場合)	心電図異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	年 月 日 クレアチニン	CRP	年 月 日	
<b>施設利用にあたってのご意見(リハビリ・食事等に関する事)</b>				
医療機関名				年 月 日
所在地				
電話番号	-	-	担当医師名	印