

診療情報提供書

平成 年 月 日

社会福祉法人 よしみ会
地域密着型特別養護老人ホーム グランドオーク百寿 宛

紹介元医療機関の
所在地
名称
電話番号
医師名 印

氏名		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	男・女
住所		電話番号	()	-		

紹介目的(紹介後の方針に関するご希望等)

診断名(リハビリの必要な方はその病名の記入もお願い致します)

1,	4,
2,	5,
3,	6,

現病歴・治療経過(入院歴のある場合は、入退院日の記入もお願い致します)

認知症 無 ・ 有 (程度: 軽度 ・ 中度 ・ 重度)

既往歴

与薬状況(内服、外用、注射)

アレルギー 薬剤 有 () 食物 有 ()

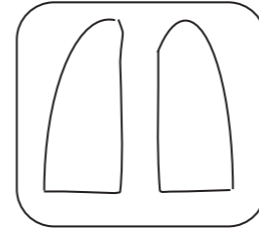
現在継続中の処置

<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう経管栄養	<input type="checkbox"/> 気管切開
<input type="checkbox"/> 持続膀胱カテーテル	<input type="checkbox"/> HOT	<input type="checkbox"/> その他 ()

検査所見 (データは、できるだけ直近のものをお願いします)

*2~4は、患者様の病歴や心身の状況に応じての主治医先生のご判断にてご記入下さい

1,胸部 X-P(必須)
(撮影日: 年 月 日)



6,尿 一般検査
(検査日: 年 月 日)

蛋白	糖	潜血

2,心電図 所見(任意)
(撮影日: 年 月 日)

3,疥癬(任意)
有 ・ 無 (部位:)

4,褥瘡
有 ・ 無 (部位:)

5,身長 _____ cm
体重 _____ kg

7,血液検査
(検査日: 年 月 日)

GOT	GPT	γ-GPT	TP	ALB	BUN	クレアチニン	UA
Na	Cl	K	T-cho	Glu	CRP	TPHA	
WBC	RBC	Hb	Ht	Plt	HBs	HCV RNA	

ADL

起居動作	立位可能・立位不能・座位可能・座位不能	聴力	普通・大きな声で・耳元で大声・聞こえない
歩行	独歩・つたい歩き・杖使用・車椅子	視力	普通・大きな字で・ほとんど見えない・全盲
排泄	自立・見守り・一部介助・オムツ	言語	普通・なんとか聞き取れる・聞き取り不可
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	理解力	普通・時々通じる・通じるのはまれ・通じない

行動・心理症状

<input type="checkbox"/> 徘徊(自宅内・外)	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 異食行為
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行
<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 感情不安定	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗	()

備考・特記事項