

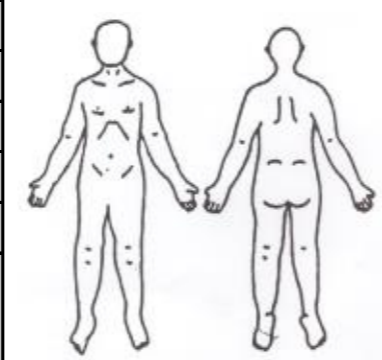
# 診療情報提供書

紹介先





医療・施設機関名 介護老人保健施設 高田の郷

施設長 亀田 一博 先生

寝たきり度	J(1)(2)・A(1)(2)・B(1)(2)・C(1)(2)
認知症高齢者日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5

紹介目的	通所 短期入所 入所	ケアマネージャー連絡先							
フリガナ 氏名	様	男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日							
住所	〒 電話 携帯								
既往歴 発症時期 (年月日)	① ( . . )	④ ( . . )							
	② ( . . )	⑤ ( . . )							
	③ ( . . )	⑥ ( . . )							
現病歴	(1)病名:								
	(2)経過:								
治療薬および 治療の状況 荷重制限等について									
一般状態 (年月日)	身長	cm	体重	kg	血压	/ mmHg	脈拍	/min(整・不整)	
	アレルギーの有・無		薬品・食品		麻痺(有・無)				
	拘縮・麻痺	有・無(部位)							
	浮腫	有・無(部位)							
	褥創	有・無(部位)							
	疼痛	有・無(部位)							
	皮膚疾患	有・無(部位)							
	障害	言語(有・無)							
		聴力(有・無)							
		視力(有・無)							
自立の可否	食事(可・否)	排泄(可・否)	入浴(可・否)						
	移動(可・否)	着脱衣(可・否)	睡眠(良・不眠)						
	排便(正常・便秘)	排尿(正常・頻回・困難・尿閉・失禁)							

\*不明な点をご記入いただかなくて結構です

検査 所見	撮影年月日 年 月 日	検査施行年月日 年 月 日	尿蛋白( )	糖( )	潜血( )		
		赤血球	x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	血色素	g/dl	白血球	x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
		CRP	mg/dl	総蛋白	g/dl	血清アルブミン値	g/dl
		GOT	U	GPT	U	γ-GTP	U
		BUN	mg/dl	クレアチン	mg/dl	Na	mEq/l
		TC	mg/dl	TG	mg/dl	K	mEq/l
		HbA1C	%	FBS	mg/dl	FBS2時間	mg/dl
		検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日			
	心電図	CT	MRI	  			
	その他の検査所見および糖尿病のある場合			<指示カロリー Kcal>			
感染症	MRSA(鼻・痰・尿・便)	HBs抗原	HCV抗体	TPHA	RPR		
認知度および精神状態	検査日 年 月 日	HDS-R	点	MMSE	点		
攻撃的行為	他人に暴力	(無・有)	乱暴なふるまい	(無・有)			
不穏興奮	いつも興奮	(無・有)	時々興奮	(無・有)			
自傷行為	自殺を図る	(無・有)	自分の体を傷つける	(無・有)			
火の取り扱い	火を常にもてあそぶ	(無・有)	火の不始末が時々	(無・有)			
徘徊	屋外	(無・有)	屋内	(無・有)			
不潔行為	弄便	(無・有)	所かまわず排尿・排便	(無・有)			
失禁	常に失禁する	(無・有)	時々失禁する	(無・有)			
主治医意見							

上記の通り診断いたします。 令和 年 月 日

医療機関名又は施設名

住所

電話番号

医師氏名

印

\*不明な点をご記入いただかなくて結構です

(上越老人福祉協会作成)