

診 療 情 報 提 供 書

医療法人 仁政会

介護老人保健施設

翠 香 苑 殿

ふりがな		男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 (歳)	検 査 日 : 令和 年 月 日	胸 部 X 線 撮 影
氏 名				尿 検 査 蛋白 () 糖 () 潜血 ()	撮影日:令和 年 月 日 (3ヶ月以内の写真) 異常所見: 有・無 結核の既往: 有・無・不明
介 護 認 定	未済・済・要介護 ()・区分変更中		有効期限:平成 年 月 日	感 染 症 HBs抗原 () HCV () ガラス板法 () MRSA感染既往 () その他 ()	
病 名				血 液 学 的 検 査 RBC Hb Ht	
既 往 歴			アレルギー 有 () ・ 無	生 化 学 検 査 TP AST ALT γGTP T・Cho TG UA	
病 歴 お よ び 現 症				BUN C1 Na K FBS CRP アルブミン	心 電 図 検 査 検査日:令和 年 月 日 異常所見: 有・無
				(HBs抗原、HCV検査はできるだけ記入。各データ、心電図、胸部X線はコピーでも可)	
				所見及び今後の診療に関する情報	現在の処方 (コピーでも可)
身長:	cm	体重:	kg	血圧:	~ mmHg
認知症の有無	有 (程度: 軽・中・重 ※HDS-R 点 年 月 日) ・ 無				
行動障害の有無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()				
皮膚病	疥癬・白癬・皮膚掻痒症・褥瘡 部位 () ・ 無				
移 動	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助				※他科受診 有・無 (○で囲んでください)
食 事	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助				内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他 ()
嚥 下	できる ・ むせやすい ・ 経管栄養 (経鼻栄養・胃瘻) ・ IVH				令和 年 月 日
排 尿	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ パット使用 ・ おむつ使用 ・ 留置カテーテル				住 所 〒
排 便	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ おむつ使用 ・ 人工肛門				医 療 機 関
入浴着脱衣	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助				医 師 印