

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	P1at
既 往 歴			アレルギー 有 () ・ 無			Hb	WBC
						Ht	
病 歴 お よ び 現 症					生 化 学 検 査	TP	BUN
						AST	Cl
						ALT	Na
						γGTP	K
						T・Cho	FBS
						TG	CRP
				UA	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	有 { <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 () } ・ 無						
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						
食事	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助						
嚥下	できる ・ むせやすい ・ 経管栄養 (経鼻栄養 ・ 胃 瘻) ・ IVH						
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						
排便	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ おむつ使用 ・ 人工肛門						
入浴着脱衣	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) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他 ()	
						令和 年 月 日 住 所 〒 医 療 機 関 医 師 印	