

診療情報提供書

介護老人保健施設 鷺栖の里

フリガナ			生年月日			
氏名			M T S	年	月	日 (歳)
住所 〒			TEL	—	—	
病名・既往歴	1,			年	月	(その他)
	2,			年	月	
	3,			年	月	
	4,			年	月	
	5,			年	月	
	6,			年	月	
経過						
投薬内容	【大変お手数ですが、mg等の分量までご記入ください】					
留意事項	【リハビリテーションのご指示や注意事項をご記入ください】					
身長	cm	体重	kg	血圧	/	
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	□正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M					
認知症高齢者の周辺症状	□無 □有 ⇒		□ HDS-RもしくはMMSE /30点 (平成 年 月 日)			
			□ 幻覚・幻聴 □ 妄想 □ 暴言・暴力 □ 不潔行為			
			□ 異食・盗食 □ 徘徊 □ その他			
感染症	HCV抗体	(- ・ +)	HBs抗原	(- ・ +)		
	TPHA	(- ・ +)	疥癬	(- ・ +)		
	MRSA	(- ・ +	保菌・感染)	【検査部位(喀痰・鼻腔・視覚)】		
血液検査 ☆検査日 (/)	WBC	/ml	血糖	mg/dl	γ-GTP	IU/ℓ
	RBC	万/ml	総蛋白	g/dl	CRP	mg/dl
	Hb	g/ml	Alb	g/dl	HbA1c	%
	Ht	%	GOT	IU/ℓ	BUN	mg/dl
	血小板	万/ml	GPT	IU/ℓ	Cre	mg/dl
各種検査	胸部X線検査 (* 必須)	所見	□ 無 □ 有	()		
	その他X線検査	所見	□ 無 □ 有	頭部CT	腹部CT	
	心電図検査	所見	□ 無 □ 有	()		
	褥瘡含む皮膚疾患	所見	□ 無 □ 有	()		
医療機関名			平成	年	月	日
所在地						
TEL						
FAX						
	医師名					印