

診 療 情 報 提 供 書

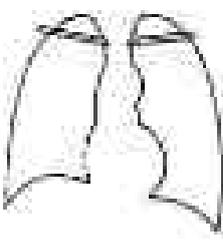
社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 だいもつ

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|------------------|---|------------|
| フリガナ 氏 名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 (歳) |
| 現 病 名 | | | | | |
| 既 往 歴 | | | | | |
| 診 療 の 経 過 治 療 の 内 容 与 薬 ・ 処 置 | | | | | |
| 精 神 状 態 | アレルギー [<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無] 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 周辺症状 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明] <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <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"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 運 動 機 能 障 害 | <input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 【 部 位 】 | | | | |
| 皮 膚 疾 患 | 褥 瘡 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無] 処置内容 疥 癬 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無] その他 [] | | | | |
| 血 圧 | / mmHg | | | | |

(表)

【検査所見】

以下の項目は、直近のものをご記入ください。

| | |
|--------------|---|
| 検査日： 年 月 日 | |
| 胸部 X 線 |  |

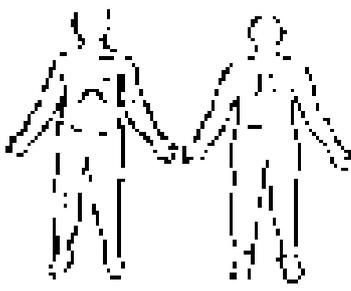
| | |
|-------------|--|
| 検査日： 年 月 日 | |
| 心 電 図 | |

| | | |
|------------|-------|--|
| 検査日： 年 月 日 | | |
| 尿 | 糖 | |
| | 蛋白 | |
| | 潜血 | |
| 血 液 | WBC | |
| | RBC | |
| | Hb | |
| | Ht | |
| | PLT | |
| | CRP | |
| | 血糖 | |
| | HbA1c | |

| | | |
|------------|-----------|--|
| 検査日： 年 月 日 | | |
| 血 液 | 総蛋白質 | |
| | アルブミン | |
| | AST (GOT) | |
| | ALT (GPT) | |
| | 総コレステロール | |
| | BUN | |
| | クレアチニン | |
| | 尿酸 | |
| | Na | |
| | K | |
| | CI | |

| | |
|------------|--|
| 検査日： 年 月 日 | |
| MRSA | |
| 【検出部位】 | |
| 検査日： 年 月 日 | |
| TPHA | |
| HBs抗原 | |
| HCV抗体 | |

*検査データは
コピーでも可能です

| | |
|--|-------------------|
| 【その他 特記事項】 | 【 装着医療機器・褥瘡・その他 】 |
|  | |

| | |
|---------|-------|
| 記載日 | 年 月 日 |
| 医療機関名 | |
| 医療機関所在地 | |
| T E L | |
| F A X | |
| 医師名 | 印 |

(裏)