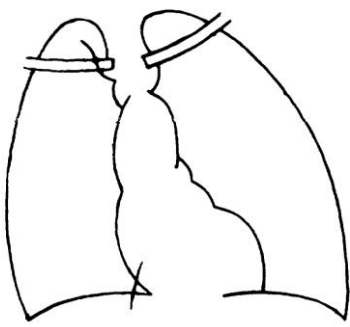
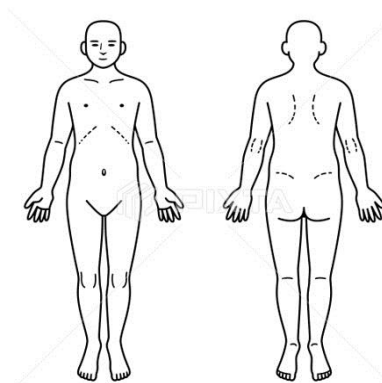


診療情報提供書

施設名 地域密着型特別養護老人ホーム
やすらぎの郷 北花田

年 月 日

フリガナ				明治 大正 歳 昭和				年 月 日生 ()
氏名			男・女					
住所 電話	〒							
	TEL							
介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2								
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								
目的	[○をしてください] 1. 日常生活動作(ADL)の向上、リハビリテーション 2. 在宅介護者の都合 3. 病院から家庭復帰のため 4. その他()				[希望に○をしてください] 1. 入所 2. 短期入所			
現病歴								
既往歴 入院歴 入所歴								
現在の処方内容								
点眼: 外用薬:				禁忌薬剤: アレルギー:				
処置	経鼻栄養 コルセット その他()	胃ろう 補聴器	尿バルーン 義歯	酸素療法	ストーマ	インシュリン	透析	

血圧	/	mmHg	身長	cm	体重	kg
胸部X線所見(年 月 日 撮影)			四肢運動障害(障害部位に斜線)			
 <p>※胸部レントゲン写真の貸出をお願いします。</p>						
心電図所見		脈拍		障害名		
皮膚疾患		・なし ・あり 褥瘡 無 有(部位) 湿疹 無 有(部位) 疥癬 無 有(部位)		認知症 問題行動 無 有 具体例		
尿検査	タンパク ()	血液検査	白血球数	感染症	HBS抗原	無 有
	血糖 ()		赤血球数		HCV抗体	無 有
	潜血 ()		ヘモグロビン数		MRSA	無 有
	ウロビリ ()		ヘマトクリット数		梅毒	無 有
	不詳		血小板数		結核	無 有
T-BIL		BUN		TP		
GOT		Cre		Alb		
GPT		UA		BS		
γGTP		Na		HbA1c		
ALP		K		TCH		
LDH		Cl		LDL		
CHE		CRP		年 月 日 採血		
特記事項・ご希望等						

上記の通り診断致します。

平成 年 月 日

住所
医療機関名
TEL
医師

印