

# 診療情報提供書

介護老人保健施設 ケアホームすばる

氏名		男・女	( 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ) 年 月 日生 ( 歳 )
住所	〒		要介護度
現病名	①	.....年 月 日	既往歴
	②	.....年 月 日	
	③	.....年 月 日	
	④	.....年 月 日	
	⑤	.....年 月 日	
症状・経過			
投薬		ADL	移動 ( 歩行 ・ 車椅子 ・ 寝たきり ) 移乗 ( 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ) 食事 ( 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ) 麻痺 ( 無 ・ 有 ) 拘縮 ( 無 ・ 有 ) 嚥下障害 ( 無 ・ 有 )
認知症	無 ・ 有 ( 軽 ・ 中 ・ 重 )	HDS-R 点	周辺症状 無 ・ 有 徘徊 ・ 奇声 ・ 異食 ・ 不穏 ・ 妄想 ・ 昼夜逆転 ・ その他
認知高齢者生活自立度	正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	障害高齢者生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
皮膚疾患	疥癬 ( - ・ + ) 褥瘡 ( - ・ + ) その他	アレルギー	無 ・ 有

< 検査 >

血液学	白血球	生化学	GOT	心電図	所見
	赤血球		GPT		
	Hb		γ-GTP		
	血小板		総コレステ		
検査日 年 月 日	中性脂肪				
	BUN				
	クレアチニン				
	アルブミン				
	血清蛋白				
	Fe				
感染症	HBs抗原 ( - ・ + )	胸部X線	Na	所見	
	HCV抗体 ( - ・ + )		K		
	検査日 年 月 日		血糖		
	MRSA ( - ・ + )		HbA1c(糖尿病の場合)		
	喀痰・鼻腔ぬぐい液 検査日 年 月 日		CRP		
結核 胸部X線検査で結核の疑いが (ある・ない)	検査日 年 月 日	尿検査	糖	検査日 年 月 日	
疑いがある場合 喀痰塗抹検査 ( - ・ + )	蛋白				
検査日 年 月 日	潜血				
	検査日 年 月 日				

血液検査はデータ添付でも可。検査は直近3か月以内のもので、全項目必須とさせていただきます。  
結核菌喀痰検査は、必要あればPCR法または培養法でも判定お願いいたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
所在地

担当医師

科

TEL

印