

# 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	〒		
現病名	① .....年 月 日 ② .....年 月 日 ③ .....年 月 日 ④ .....年 月 日 ⑤ .....年 月 日	既往歴	① .....年 月 日 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 ) その他
認知症	無 ・ 有 ( 軽 ・ 中 ・ 重 )	問題行動	無 ・ 有 徘徊・奇声・異食・不穏・妄想・昼夜逆転・その他
知覚性老人自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	日常生活自立度	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					
	H b		γ-GTP					
	H t		LDL					
	血小板		HDL					
			中性脂肪					
	BUN							
検査日 年 月 日	クレアチニン							
感染症 ( 喀痰が出ない時はシート 頭粘液を取って下さい )	HBs抗原 ( - ・ + )		尿検査			UA	胸部X線	所見
	HBs抗体 ( - ・ + )					総コレステ		
	HCV抗体 ( - ・ + )					アルブミン		
	TPHA ( - ・ + )	血清蛋白						
		Fe						
	検査日 年 月 日	Na						
	MRSA ( - ・ + )	K						
	喀痰・ ( )	血糖						
		CRP						
	検査日 年 月 日	BNP						
結核 ( - ・ + )	糖	検査日 年 月 日						
喀痰・ ( )	蛋白	検査日 年 月 日						
	潜血	検査日 年 月 日						
検査日 年 月 日		検査日 年 月 日						

血液検査はデータ添付でも可。尚、検査データは直近3ヶ月以内のものをお願い致します。

(検査は全項目必須とさせて頂いております。)

結核検査は塗末検査と胸部X線で判定お願いします。(必要あれば培養検査)

平成 年 月 日 医療機関名

所在地

担当医師

TEL

印