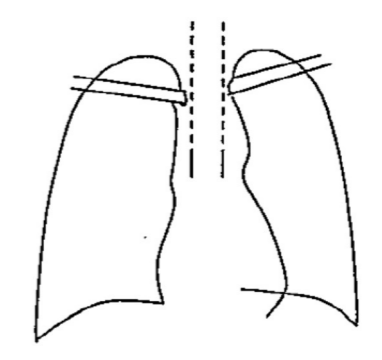


診 療 情 報 提 供 書

地域密着型特別養護老人ホーム うぐいす城東

ふりがな		男・女	基本的に西暦（年号でも可）	
氏 名			年 月 日生	(歳)
介護認定	未済・済・要介護 ()		有効期限： 年 月 日	
病 名	①		発症年月日 (年 月 日)	
	②		発症年月日 (年 月 日)	
	③		発症年月日 (年 月 日)	
※発症時期不明の場合は不詳とご記入下さい				
既往歴	発症年月日	病名	アレルギー 有 () 無	
	誤嚥性肺炎の既往 (有・無) 尿路感染症の既往 (有・無)			
病歴および現症				
医学的な管理を要する器具 (有 ・ 無)				
<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他 ()				
身長 :	cm	体重 :	kg	血圧 : ~ mmHg
認知症の有無	(程度：軽・中・重 ※HDS-R 点 年 月 日) ・ 無			
問題行動の有無	有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 () } ・ 無			
皮膚病	疥癬・白癬・皮膚掻痒症・褥創 部位 () ・ 無			
麻痺	有 <部位> (上肢 右・左 / 下肢 右・左 / その他) ・ 無			
筋力低下	有 <部位> (上肢 右・左 / 下肢 右・左 / その他) ・ 無			
関節拘縮	有 <部位> () ・ 無			
移動	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助			
食事	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助			
嚥下	できる ・ むせやすい ・ 経管栄養 (経鼻栄養・胃瘻) ・ IVH			
排尿	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ パット使用 ・ おむつ使用 ・ 留置カテーテル			
排便	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ おむつ使用 ・ 人工肛門			
着脱衣	自立 ・ 見守り ・ 間接介助 ・ 直接介助			

検査日： 年 月 日		胸部 X 線 撮 影	
尿検査	蛋白 () 糖 () 潜血 ()	撮影日： 年 月 日 (6カ月以内の写真)	
感染症	HBs抗原 () HCV抗体 () 梅毒反応 () MRSA感染既往 (有無) その他 ()	異常所見：有 ・ 無 結核の既往：有 ・ 無 ・ 不明	
血液学的検査	RBC(×10 ⁴)	Plat(×10 ⁴)	
	Hb	WBC	
	Hct (%)		
生化学検査	TP	TG	心電図検査
	ALB	UA	
	γ-GTP	BUN	
	AST (GOT)	Cr	
	ALT (GPT)	Na	
	ALP	K	
	LDL-C	FBS HbA1c	
HDL-C	CRP		
(HBs抗原、HCV抗体検査はできるだけ記入。各データ、心電図、胸部 X 線はコピーでも可)			
所見及び今後の診療に関する情報		現在の処方 (コピーでも可)	
※受診科 有・無 (○で囲んでください) 内・外・整・皮・泌・婦・耳・眼・歯・精・その他 () ※通所リハ必要性の有無 有 ・ 無			

年 月 日

郵便番号 (〒)

住 所

医療機関名

診療科名

医 師