

診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設 ふれ愛の里 殿

ふりがな		男	明治・大正・昭和
氏 名		・	年 月 日生 (歳)
住 所			
介 護 認 定	未済・済・要介護度() 有効期限：平成 年 月 日		
病 名			
既 往 歴	アレルギー 有()・無		
病 歴 お よ び 現 症			
身長：	体重：	血圧：	～ mmHg
認知症の有無	有(程度：軽・中・重 ※HDS-R 点 年 月 日)・無		
問題行動の有無	<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 有 <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 ()		
皮 膚 病	疥 癬・白 癬・皮膚掻痒症・褥 瘡 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		
入浴着脱衣	自 立・見守り・間接介助・直接介助		

検 査 日：平成 年 月 日	胸 部 X 線 撮 影
尿 検 査	撮影日：平成 年 月 日 (3カ月以内の写真) 異常所見：有・無 結核の既往：有・無・不明
感 染 症	蛋白() 糖() 潜血() HBs抗原() HCV() TPHA() MRSA感染既往() その他()
血液学的検査	RBC P l a t H b W B C H c t
生化学的検査	T P A S T A l b A L T B U N r G T P C r e 血糖 N a H b A 1 c K B N P C R P
(HBs抗原、HCV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)	
診 断 及 び 今 後 の 診 療	現 在 の 処 方 (コピーでも可)
※ リハビリの必要性 有・無 (○で囲んでください) ※ 他科受診 有・無 (○で囲んでください) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他()	

平成 年 月 日
 住 所 〒
 医療機関名
 医 師

印