

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 :	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 ・ 無 <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 : 年 月 日	胸部 X 線 撮 影
尿 検 査	蛋白 () 糖 () 潜血 () 撮影日: 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	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 ()	

令和 年 月 日
 住 所 〒
 医 療 機 関 名
 医 師

印