

診療情報提供書（入所用）

介護老人保健施設 あすなる旭

フリガナ			性別	生年月日						
氏名			男・女	M T S	年	月	日	(歳)	
住所	〒 _____ TEL (_____)									
生活習慣病歴等	糖尿病	年	月	既往歴	1.	年	月			
	高血圧症	年	月		2.	年	月			
	脳梗塞・脳出血	年	月		3.	年	月			
	狭心症・心筋梗塞	年	月	現在の病状および治療内容						
	COPD	年	月							
	パーキンソン病	年	月							
投薬内容	点眼薬・外用薬等もあればご記入ください。									
療養上の留意事項										
感染症 必須	HCV抗体 (- ・ +)			HBs抗原 (- ・ +)						
	TPHA (- ・ +)			疥癬 (- ・ +)						
	MRSA (- ・ + 保菌・感染) 【検査部位 (喀痰・鼻腔・その他)】									
医療機器等	経管栄養	胃ろう	留置カテーテル	人工肛門	ペースメーカー	その他 (_____)				
麻痺等	無 ・ 有 (左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・言語・聴覚・視覚)									
障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2										
認知症高齢者の日常生活自立度 正常 a b a b M										
認知症高齢者の周辺症状の有無 無 ・ 有 幻覚・幻聴 妄想 暴言・暴力 不潔行為 異食・盗食 性的行為 徘徊 その他 (_____)										
血液検査日 (_____)	白血球数	/ml	総蛋白	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	血圧	/		
	赤血球数	万/ml	アルブミン	g/dℓ	クレアチニン	mg/dℓ				
	Hb	g/ml	GOT	IU/	Na	mEq/	身長	cm		
	Ht	%	GPT	IU/	K	mEq/				
	/	血小板	万/ml	-GTP	IU/	総コレステロール	mg/dℓ	体重	kg	
	(血糖	mg/dℓ	CRP	mg/dℓ	中性脂肪	mg/dℓ			
各種検査および身体状況			HbA1c	%	LDL-c	mg/dℓ				
胸部X線検査 必須 所見		無	有	(_____)						
その他X線検査 所見		無	有	(頭部CT	腹部CT	(_____)				
心電図検査 所見		無	有	(_____)						
褥創含む皮膚疾患 所見		無	有	(_____)						
医療機関名				平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
所在地 〒 _____										
TEL _____				医師名 _____						
FAX _____										