

診 療 情 報 提 供 書

居宅介護支援事業所

様


(西淀川区統一様式介護保険サービス用)

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
現 病 名				
既 往 歴				
診 療 の 経 過 治 療 内 容 与 薬 ・ 処 置				
精 神 状 態	アレルギー[有() 無] 痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 問題行動[有 ・ 無 ・ 不明] <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <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"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 【部位】			
皮 膚 疾 患	褥瘡[有 ・ 無] : 【処置内容】 疥癬[有 ・ 無] :			
血 圧	/ mmHg			
入浴の可否	可 ・ 否 【入浴制限】 <input type="checkbox"/> 血圧(以上 / 以上) <input type="checkbox"/> 体温(°C 以上) <input type="checkbox"/> その他()			
提供日 :	年 月 日 医 療 機 関 名 医 療 機 関 所 在 地 TEL FAX 医 師 名			印

(表)

【検査所見】

以下の項目は、身体状況・疾患の状況等により、診療上未検査の場合、記入していただかなくても結構です。

検査日： 年 月 日	
胸部 × 線	

検査日： 年 月 日	
心 電 図	

検査日： 年 月 日		
尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血 液	WBC	
	RBC	
	Hb	
	Ht	
	PLT	
	CRP	
	血糖(空腹時・食後)	

検査日： 年 月 日		
血 液	総蛋白質	
	アルブミン	
	GOT	
	GPT	
	T - Ch	
	BUN	
	クレアチニン	
	Na	
	K	
	Cl	

検査日： 年 月 日		
MRSA	有	無
[検出部位]		
検査日： 年 月 日		
TPHA		
HBs抗原		
HCV抗体		

【その他 特記事項】

[装着医療機器・褥瘡・その他]
