

診療情報提供書

年 月 日

慈誠会成増病院

担当者 _____ 宛

医療機関名

所在地

名称

担当医

電話

印

患者氏名 _____ 様 (男・女) 明・大・昭	年	月	日 (歳)
〒 _____			
住 所 _____	電話	—	—

【診断病名及び発症年月日】

【既往歴及び発症年月日】

【治療経過】

【処方】

<p>【身体情報】</p> <input type="checkbox"/> 食事制限 無・有 (kcal、減塩	<p>【備考】</p>
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 褥瘡	
<input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 知覚障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 (L・R)	
<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> カテーテル類留置	

【身体情報に関する意見】

(1) 日常生活の状態

- ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 痴呆状態 正常 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M

(2) 理解及び記憶

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
- ・伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求 伝達不可
- ・摂取能力 自立 一部介助 全介助

(3) 問題行動の有無

- 無 有
- 妄想 暴言 暴行 徘徊 幻視聴 介護拒否
- 不潔行為 異食行動 性的問題 火の不始末 その他(

【検査所見 (施行日 年 月 日)】

※検査値は6ヶ月以内の数値を記入してください。

尿	糖		血液生化学	総蛋白		BUN	
	蛋白			ALB		Cr	
	潜血			GOT		Na	
血液	白血球数			GPT		K	
	赤血球数			ALP		Cl	
	血色素数			γGTP		Ca	
	ヘマトクリット			LDL		CRP	
	血小板			TG		血糖	
				HDL			(食前・食後)
				LDH		HbA1c ※	

※糖尿病の既往がある場合のみ

TPHA		HBs抗原		HCV抗体	
------	--	-------	--	-------	--

MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
------	-----	----	-----	-------	-----

検出部位 _____ 【心電図所見 (施行日 年 月 日)】

身長 _____ cm 体重 _____ kg

血圧 _____ / _____

【特記事項】 _____ 【胸部X-P所見 (施行日 年 月 日)】

