

診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設

ナーシングホーム大樹

殿

ふりがな		男	明治・大正・昭和		
氏名		・	年	月	日生
		女	(歳)		
介護認定	未済・済・要介護度()		有効期限:	平成	年 月 日
病名 (発症年月日)					
既往歴 (発症年月日)			アレルギー 有()・無		
病歴 および 現病					
身長:	cm	体重:	kg	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	有	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他(・無
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・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				

裏面にも記入欄があります

検査日： 平成 年 月 日		胸部X線撮影
尿検査	蛋白() 糖() 潜血()	撮影日： 平成 年 月 日
感染症	HBs抗原() HCV() TPHA() MRSA感染既往() その他()	(3ヶ月以内の写真) 異常所見： 有・無 結核の既往： 有・無・不明
血液学的検査	RBC Plat	
	Hb WBC	
	Ht	
生化学検査	ALB BUN	
	AST Cr	
	ALT Na	
	γGTP K	
	LDL FBS	
	TG CRP	
	PT-INR BNP	
	UA HbA1c	
心電図検査		
検査日： 平成 年 月 日		
異常所見： 有・無		
(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)		
所見及び今後の診療に関する情報		現在の処方(コピーでも可)
※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