

診療情報提供書

平成 年 月 日

森山ケアセンター 介護老人保健施設
施設長殿

医療及び
福祉機関名

住所・電話番号

医師氏名

印

氏名	ふりがな			男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (才)			
連絡先	〒			
	Tel: ()			
紹介目的		利用区分	1 入所 2 短期入所 (月 日~) 3 通所	
診断名	1 _____		4 _____	
	2 _____		5 _____	
	3 _____		6 _____	
要介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中・区分変更中				
既往歴				
現病歴				
日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (/分) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 血糖測定 (回/日) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 (回/日 単位) <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度) <input type="checkbox"/> 排泄コントロール (内容:) <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 (内容: <input type="checkbox"/> 経 <input type="checkbox"/> 持続皮下注射 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> その他)			

身体及び 精神面に 関する事柄	<聴力> 難聴 あり ・ なし	<認知症> あり ・ なし
	<言語障害> あり ・ なし	・暴力行為 あり ・ なし
	<意思の疎通> 良好・やや困難・困難	・暴言 あり ・ なし
	<視力低下> あり ・ なし	・放尿 あり ・ なし
	<嚥下障害> あり ・ なし	・弄便 あり ・ なし
	<麻痺> 右・左 / 上肢・下肢	・徘徊 あり ・ なし
	<高次脳> あり ・ なし	・大声 あり (日中/夜間) ・ なし
<身長・体重> cm kg	・その他	
日常生活	<食 事> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<排 泄> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<入 浴> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<整 容> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<更 衣> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<移 動> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<移動手段> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
臨床検査 (2ヶ月以内)	<血液検査> (検査日 月 日)	中性脂肪 : mg/dl
	白血球数 : / μ l	BUN : mg/dl
	赤血球数 : 万/ μ l	クレアチニン : mg/dl
	Hb : g/dl	尿酸 : mg/dl
	Ht : %	Na : mEq/l
	血小板 : 万/ μ l	K : mEq/l
	総蛋白 : g/dl	CRP : mg/dl
	GOT : lu/l	HbA1c : %
	GPT : iu/l	アルブミン : g/dl
	HDL : mg/dl	LDL : mg/dl
	<感染症> <input type="checkbox"/> HBs 抗原 () <input type="checkbox"/> HCV抗体 ()	
	<input type="checkbox"/> 梅毒 TPHA () <input type="checkbox"/> 疥癬 () <input type="checkbox"/> HIV抗体 ()	
	<input type="checkbox"/> MRSA () (咽頭・喀痰・鼻腔・その他:)	
<心電図> <input type="checkbox"/> 正常範囲内 <input type="checkbox"/> 異常所見有 ()	<胸部レントゲン> <input type="checkbox"/> 正常範囲内 <input type="checkbox"/> 異常所見有 ()	
<不整脈> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
現在の処方		