

診療情報提供書

20 年 月 日

【紹介先】
 社会医療法人社団順江会 介護老人保健施設
 かがやきライブ江東

【紹介元】
 医療・福祉機関
 所在地
 電話
 担当医

印

氏 名	(男 女)	生年月日	年 月 日 (歳)
-----	---------	------	-------------

住 所	
-----	--

診断名	
-----	--

【現病歴および治療経過・治療方針】	
-------------------	--

【既往歴】	【処方内容】
-------	--------

【現在の他科受診状況】 有 無 ⇒有の場合 受診病院(診療所)名をご記入ください。

内科 整形外科 精神科 脳神経外科 外科 泌尿器科 皮膚科 耳鼻咽喉科
眼科 婦人科 歯科 その他

【検査結果】直近3ヶ月間の検査値を下記項目すべてご記入ください。(/ 欄には検査日を記入)

/	血液一般	WBC		/	血液理化学的検査	K		/	感染症	MRSA(+ -)
		RBC				CL				検査部位(検体名) <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> その他()
		Hb				BUN				
		Ht				Cr				
		Pl				CRP				
/	血液理化学的検査	ALP		/	血液理化学的検査	BS(食前)		/	心電図	
		GOT				HbA1c				
		GPT				TPHA				
		LDH				/	胸部レントゲン			
		TP							HBs抗原	
		アルブミン							HBs抗体	
		LDL-Cho				/	尿一般			
		HDL-Cho							蛋白	
		TG							糖	
		γ-GTP							潜血	
Na		/	便							
					カピリノーゲン					
					身長	cm				
					体重	kg				

【食事内容】

- 常食 主食:米飯 全粥 その他
治療食 主食:米飯 全粥 その他 カロリー_____kcal 塩分_____g
その他の状況(とろみ・きざみなど具体的にご記入ください)
ふつう きざみ ソフト ミキサー トロミ その他()

【要介護度】

- 要介護Ⅰ 要介護Ⅱ 要介護Ⅲ 要介護Ⅳ 要介護Ⅴ 申請中 区分変更申請中

【日常生活自立度】

- (1)障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)
正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 (2)認知症老人の日常生活自立度
正常 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M

【理解及び記憶】

- (1)短期記憶 問題なし 問題あり
 (2)認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
 (3)伝達能力 伝達可 いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない
 (4)摂食能力 自立 一部介助 全介助

【周辺症状】 有 無

- 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊 火の不始末
不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他()

【身体状況】

項目		部位・状態・処置内容・カテーテル交換日等		
四肢欠損	有 無			
関節の拘縮	有 無			
筋力低下	有 無			
麻痺(左・右)	有 無			
嚥下障害	有 無			
義歯	有 無			
知覚障害	有 無			
難聴	有 無			
視覚障害	有 無			
失調・不随意運動	有 無			
失語症	有 無			
バルンカテーテル留置	有 無	交換実施日	サイズ	
皮膚疾患	有 無		疥癬	有 無
褥瘡(褥瘡の程度・状態等)	有 無			
胃瘻チューブ	有 無	交換実施日	製品名	サイズ
中心静脈栄養カテーテル	有 無	交換実施日		
その他	有 無			

【その他特記事項】