

診療情報提供書

平成 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
かがやきライフ江東

【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	明・大・昭	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】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒有の場合 受診病院(診療所)名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 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			HBs抗原			
	TP			HBs抗体			
	アルブミン			HCV抗体			
	LDL-Cho		尿一般	蛋白		胸部レントゲン	
	HDL-Cho			糖			
	TG			潜血			
	γ-GTP			ウビリノーゲン			
Na		便	潜血		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 Ⅴ

【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	有 無	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】