

診療情報提供書

医療法人社団 永生会
介護老人保健施設 マイウェイ四谷
施設長

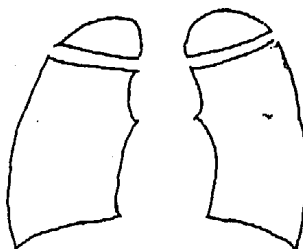
20 年 月 日

医療機関名
所在地
担当医
電話
印

要介護度	申請中 / 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
ふりがな 氏 名	男 ・ 女 歳	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
住 所	〒		
傷 病 名			
現病歴および治療経過・治療方針			
処方内容	食事内容 □普通食 □治療食 (kcal) ・主食 □米飯 □全粥 ・副食 □常菜 □キザミ □ミキサー □トロミ 摂取量 () 食物アレルギー 無 ・ 有 ()		
外用薬 無 ・ 有 () 薬物アレルギー 無 ・ 有 () 既往歴			
他科受診状況 有 ・ 無 □内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリ科 □歯科 □その他 () 貴院 (科) 以外に通院・治療しているものにチェックしてください			

(検査日 年 月 日) 検査項目については全てご記入ください ※検査は直近3カ月以内のものでお願いします。

血液一般		血液生化学		その他		
白血球		LDH		糖尿病の方	検査項目	
赤血球		T-Cho		HbA1C ()		
ヘモグロビン		Na		慢性呼吸器不全の方		
ヘマトクリット		K		SPO2 ()		
血小板		CI		心不全の方		
T-P		BUN		BNP・NT-proBNP ()	身長	cm
ALB		Crea		ワファリン服用中の方	体重	kg
GOT		血糖	食前・食後	PT-INR ()	血圧	/
GPT		TG		その他既往歴に応じ必要な検査	利き手	☐ 右 ☐ 左
γ-GTP		UA		項目	結果	その他特記事項
ALP		CRP				
Ca						

悪性腫瘍の方		CEA() PSA()		その他	
心電図所見 (年 月 日)		胸部X-P所見 (年 月 日)			
脈拍(回/分)					
		※6カ月以内のものをお願いします			

(1) 日常生活の状態

寝たきり度 ☐正常 ☐J 1 ☐J 2 ☐A 1 ☐A 2 ☐B 1 ☐B 2 ☐C 1 ☐C 2

認知症度 ☐正常 ☐I ☐II a ☐II b ☐III a ☐III b ☐IV ☐M

(2) 理解および記憶

短期記憶 ☐問題なし ☐問題あり

認知能力 ☐自立 ☐いづらか困難 ☐見守りが必要 ☐判断できない

伝達能力 ☐伝達可 ☐いづらか困難 ☐具体的要求に限られる ☐伝えられない

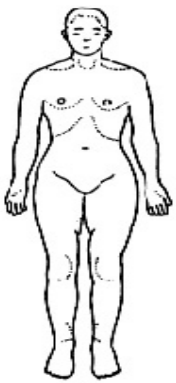
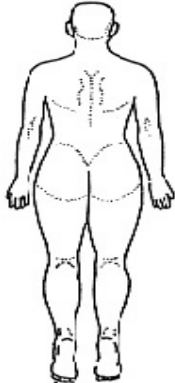
(3) 行動障害の有無

☐幻視、幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護拒否

☐無し ☐有り ☐徘徊 ☐火の始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐性的問題行動

☐その他()

(4) 身体状況

身体状況	
	☐ 四肢欠損 ☐ 関節の拘縮 ☐ 筋力低下
	☐ 麻痺(左・右) ☐ 嚥下障害 ☐ 知覚障害
	☐ 難聴(左・右) ☐ 視覚障害 ☐ 失調・不随意運動
	☐ 失語症
	☐ 皮膚疾患()
	☐ 褥瘡(部位: 、I・II・III・IV)
	☐ 胃瘻 ☐ 吸引()
	☐ カテーテル留置
	☐ ストマ
	☐ その他注射など()