

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 () 外用薬 無 ・ 有 () 食物アレルギー 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		検尿	
白血球		LDH		糖尿病の方		年 月 日	
赤血球		T-Cho		HbA1C ()		蛋白質	
ヘモグロビン		Na		慢性呼吸器不全の方		糖	
ヘマトクリット		K		SPO2 ()		潜血反応	
血小板		Cl		心不全の方		ウレリノーゲン	
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					
ALP		CRP		項目	結果	その他特記事項	
Ca							

梅毒		悪性腫瘍の方		心電図所見		胸部X-P所見	
ガラス	+ - (年 月 日)	CEA ()	PSA ()	(年 月 日)		(年 月 日)	
TPHA	+ - (年 月 日)	その他					
				脈拍 (回/分)			

(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 ☐いくらか困難 ☐見守りが必要 ☐判断できない

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

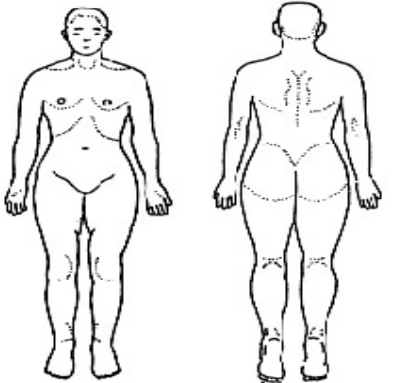
(3) 行動障害の有無

☐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



☐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 ()