

診 療 情 報 提 供 書

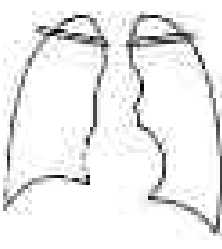
社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 だいもつ

フリガナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)
現 病 名					
既 往 歴					
診 療 の 経 過 治 療 の 内 容 与 薬 ・ 処 置					
精 神 状 態	アレルギー [<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無] 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 周辺症状 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明] <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()				
運 動 機 能 障 害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 【 部 位 】				
皮 膚 疾 患	褥 瘡 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無] 処置内容 疥 癬 [<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無] その他 []				
血 圧	/ mmHg				

(表)

【検査所見】

以下の項目は、直近のものをご記入ください。

検査日： 年 月 日	
胸 部 X 線	

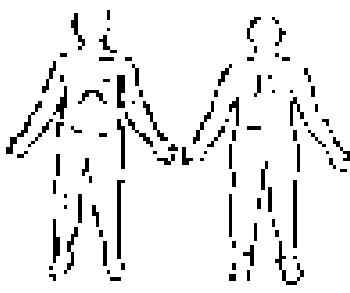
検査日： 年 月 日	
心 電 図	

検査日： 年 月 日		
尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血 液	WBC	
	RBC	
	Hb	
	Ht	
	PLT	
	CRP	
	血糖	
	HbA1c	

検査日： 年 月 日		
血 液	総蛋白質	
	アルブミン	
	AST (GOT)	
	ALT (GPT)	
	総コレステロール	
	BUN	
	クレアチニン	
	尿酸	
	Na	
	K	
	CI	

検査日： 年 月 日	
MRSA	
【検出部位】	
検査日： 年 月 日	
TPHA	
HBs抗原	
HCV抗体	

* 検査データは
コピーでも可能です

【その他 特記事項】	【 装着医療機器・褥瘡・その他 】
	

記載日	年 月 日	
医療機関名		
医療機関所在地		
T E L		
F A X		
医師名		印

(裏)