




診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関 所在地
 名称
 電話番号
 担当医 印

(ふりがな)		男 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日
氏 名			(歳)
住 所	電 話 — —		
現 病 名			
既 往 歴	1)	(発病 年 月)	2) (発病 年 月)
	3)	(発病 年 月)	4) (発病 年 月)
	5)	(発病 年 月)	6) (発病 年 月)
	7)	(発病 年 月)	8) (発病 年 月)
主疾患の経過・治療内容			
現在の処方			
日常生活の自立度について			
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
リハビリテーションへの指示がある場合ご記入下さい			
リハビリ実施 可能 不可能(リハビリ可能範囲) 血圧 ~ / ~ 脈拍 回 ~ 回 SPO2 %以上 指示内容(基本動作練習、歩行練習、日常生活動作練習、廃用予防、マッサージ、その他) リハビリ実施にあたり注意事項 (有・無)			

検 査 所 見	○ 感染症 【梅毒(+ -) 肝炎HBS抗原(+ -) 肝炎HCV抗体(+ -) 【MRSA(+ -) [部位] 【疥癬(+ -) [部位] ○ 胸部X-P 異常なし 異常あり 所見: ○ 心電図 異常なし 異常あり 所見: ○ 糖尿病 血糖値() ○ 血糖値測定 有 無 回数() インスリン注射:種類()単位()回数()	<table border="1"> <tr> <th>撮影区分</th> <th>エックス線像</th> </tr> <tr> <td>直接</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>間接</td> </tr> </table>	撮影区分	エックス線像	直接		間接
	撮影区分	エックス線像					
直接							
間接							
身 体 状 況	○視力障害(有・無) 聴力障害(有・無) 言語障害(有・無) 嚥下障害(有・無) ○麻痺(有・無) (右・左)拘縮(有・無) (部位)						
そ の 他	○医療的管理を要するもの(有・無) 胃瘻 :造設日()種類()次回交換日() 導尿 :有・無 頻度() バルン留置:F r () 交換頻度() 吸引:() 経管栄養:(cm固定) 交換日() ○ 認知症の症状(有・無)(徘徊・不潔行為・暴言暴行・異食・被害妄想・収集癖 その他) ○ 皮膚疾患 褥 瘡 (有 無) 部位と状態 ○ アレルギー(有・無)(薬剤、食品、花粉)						
利 用 上 の 意 見	上記所見より ○ 離 床 可能 不可能 安静(血圧 ~ / ~)脈 回 ○ 入 浴 可能 不可能 清拭 (入浴可能範囲) 血圧 ~ / ~ 脈拍 回 ~ 回 SPO2 %以上 体温 °C 以下 ○ 総合的所見(救急搬送,受診が必要な場合,特記事項があればご記入下さい)						