

診療情報提供書（入所用）

介護老人保健施設 あすなろ旭

フリガナ			性 別	生年月日				
氏 名			男・女	M T S	年	月	日（ 歳）	
住 所	〒 - TEL（ ）							
病 歴	1 .	年	月	既 往 歴	1 .	年	月	
	2 .	年	月		2 .	年	月	
	3 .	年	月		3 .	年	月	
現在の病状および治療内容								
投 薬 内 容								
療養上の留意事項								
感染症 必須	HCV抗体（ - ・ + ）			HBs抗原（ - ・ + ）				
	TPHA（ - ・ + ）			疥 癬（ - ・ + ）				
	MRSA（ - ・ + 保菌・感染 ）【検査部位（喀痰・鼻腔・その他）】							
医療機器等	経管栄養 胃ろう 留置カテーテル 人工肛門 ペースメーカー その他（ ）							
麻痺等	無 ・ 有 （ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 ・ 言語 ・ 聴覚 ・ 視覚 ）							
認知症高齢者の日常生活自立度 正常 a b a b M								
認知症高齢者の周辺症状の有無 無 ・ 有 幻覚・幻聴 妄想 暴言・暴力 不潔行為 異食・盗食 性的行為 徘徊 その他（ ）								
血液検査日（ / ）	白血球数	/ml	総蛋白	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	血 圧	/
	赤血球数	万/ml	アルブミン	g/dℓ	クレアチニン	mg/dℓ		
	Hb	g/ml	GOT	IU/	Na	mEq/	身 長	cm
	Ht	%	GPT	IU/	K	mEq/		
	血小板	万/ml	-GTP	IU/	総コレステロール	mg/dℓ	体 重	kg
	血糖	mg/dℓ	CRP	mg/dℓ	中性脂肪	mg/dℓ		
各種検査および身体状況 胸部X線検査 必須 所見 無 有 （ ） その他X線検査 所見 無 有 （ 頭部CT 腹部CT ） 心電図検査 所見 無 有 （ ） 褥創含む皮膚疾患 所見 無 有 （ ）								
医療機関名 平成 年 月 日 所在地 〒 TEL FAX 医師名								