診療情報提供書（介護老人保健施設）

施設長殿

神戸市北区統一（H28.9～）

氏 名	（男・女）		年　月　日（　歳）		
住 所	電話番号　－　－				
病名・既往	1	発症時期　年　月	5	発症時期　年　月	
	2	発症時期　年　月	6	発症時期　年　月	
	3	発症時期　年　月	7	発症時期　年　月	
	4	発症時期　年　月	8	発症時期　年　月	
現在の病状及び、治療状況					
投薬内容（他科内服・外用薬を含む）	別紙添付（ 無 ： 有 ）				
身体状況	血 圧　／　mmHg		身 長　cm	体 重　kg	
	麻 痺 □ 無 □ 有 □ 上肢（左・右） □ 下肢（左・右） □ その他（　）				
	視力障害 □ 無 □ 有（　）		点眼薬 □ 無 □ 有（　）		
アレルギー	薬 物 □ 無 □ 有（　）		食 物 □ 無 □ 有（　）		
皮膚疾患	疥癬既往 □ 無 □ 有	褥 瘡 □ 無 □ 有（　）	その他（　）		
自立度	障害高齢者の日常生活自立度 ：自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度：自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M				
認知症	認知症高齢者の行動心理症状の有無 □ 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（　）				
予防接種	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ □ 未 □ 済（　年　月）	肺炎球菌 □ 未 □ 済（　年　月）			
血液検査（直近3か月内データ添付可）	白血球	AST	HBs抗原 （陰性・陽性）	胸部X線写真所見 異常 □ 無 □ 有	
	赤血球	ALT	HCV抗体 （陰性・陽性）		
	ヘモグロビン	Na	ガラス板・TPHA （陰性・陽性）		
	ヘマトクリット	K	MRSA （陰性・陽性） 部位（喀痰・咽頭・鼻腔）		
	血小板	Cl	結核 （陰性・陽性） 塗沫・培養・PCR （胸部X線上、必要と判断された場合）		
	血清蛋白	LDL-C			
	アルブミン	血糖			
	尿素窒素	HbA1c（糖尿病の場合）	心電図異常 □ 無 □ 有		
年　月　日	クレアチニン	CRP	年　月　日	年　月　日撮影	

施設利用にあたってのご意見(リハビリ・食事等に関する事)

医療機関名　　年　月　日

所在地

電話番号　－　－　　担当医師名　　印