

診療情報提供書

(地域密着型介護老人福祉施設・老人短期入所事業所ときみずの家千谷島の家共通)

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

利用者 氏名	男・女	生年 月日	明治 大正 年 月 日生 昭和 歳
-----------	-----	----------	-------------------------

主たる病名・経過

既往歴

内服薬

一般状態

身長	cm	体重	kg	血圧	/	脈拍	/分
麻痺	有・無	上肢	左・右	下肢	左・右		
拘縮	有・無	上肢	左・右	下肢	左・右		
褥創	有・無	(状態))
浮腫	有・無	(状態))
認知症	有・無	(状態))
問題行動	有・無	(状態))

裏面もご記入ください

一般 検査	血液	赤血球数		腎・ 電解質	尿素窒素	
		白血球数			クレアチニン	
		血色素数			Na	
		ヘマトクリット			K	
		血小板数			Cl	
	肝機能	AST(GOT)		糖	空腹時血糖	
		ALT(GPT)			HbA1c	
		γ-GTP			CRP	
		総蛋白				
		アルブミン				
	脂質	総コレステロール		尿	蛋白	
		HDLコレステロール			糖	
		LDLコレステロール			潜血	
中性脂肪						
感染症	HBs抗原		梅毒			
	HCV抗体		MRSA			
アレルギー						
胸部X-P所見						
心電図所見						
頭部CT・ MRI所見(※)						
主治医の意見						

(※)は過去に撮影されたものがあればご記入ください

以下施設使用欄(記入しないでください)

検討結果 (可 不可 保留) 平成 年 月 日

日常生活自立度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症スケール I IIa IIb IIIa IIIb IV M

検討意見