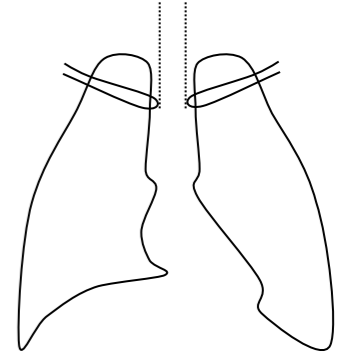


診療情報

提供書

ソフィー グリーン ほのか 殿

ふりがな				血液型					
氏名				Rh (+-)					
住所	〒								
介護認定	要支援・要介護(1・2・3・4・5)・未申請・申請中		有効期限 年 月 日～ 年 月 日						
既往症及び病名 現在の病名があれば番号を○で囲んで下さい 病名が6以上の場合は空欄に記入して下さい	1	(発症日 年 月 日頃)	医療機関名:	入院期間:					
	2	(発症日 年 月 日頃)	医療機関名:	入院期間:					
	3	(発症日 年 月 日頃)	医療機関名:	入院期間:					
	4	(発症日 年 月 日頃)	医療機関名:	入院期間:					
	5	(発症日 年 月 日頃)	医療機関名:	入院期間:					
身長:	cm	体重:	kg	血圧:	～ mmHg				
感染症(必須)	HBsAg (+・-)	TPHA法 (+・-)	結核既往						
	HCV (+・-)	MRSA感染 (有・無)	(部位:)						
認知症有無	有 (程度: 軽・中・重 *HDS-R 点 年 月 日) ・無								
認知症の周辺症状の有無	有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()) ・無								
皮膚病	疥癬・白癬・皮膚掻痒症・その他 () ・無								
移動	自立(独歩・杖行) ・見守り ・間接介助 ・直接介助 車椅子使用 (有・無)								
食事	自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 経管栄養 (経鼻胃管 ・胃瘻)								
嚥下	できる ・やや困難 ・できない むせ (有・無)								
排尿	自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・フォーレ挿入中 失禁有 (おむつ使用 ・リハパン使用 ・パット使用) ・失禁無								
排便	自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 失禁有 (おむつ使用 ・リハパン使用 ・パット使用) ・失禁無								
入浴	自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助								
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	なし	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	

検査日: 年 月 日		心電図検査 (コピーでも可)	胸部X線撮影 (コピーでも可)
尿検査	蛋白	検査日: 年 月 日 異常所見: 有・無	撮影日: 年 月 日 (3ヶ月以内の写真) 異常所見: 有・無 結核の所見: 有・無・不明
	糖		
	潜血		
血液学的検査	RBC $\times 10^4 / \mu l$		
	Hb g/dl		
	Hct %		
	PLT $\times 10^4 / \mu l$		
WBC / μl			
生化学検査	TP g/dl	T-chol mg/dl	Na mEq/l
	AST u/l	T-G mg/dl	K mEq/l
	ALT u/l	BUN mg/dl	Cl mEq/l
	γ -GTP u/l	CRE mg/dl	FBS mg/dl
	LDH u/l	UA mg/dl	CRP mg/dl
所見及び今後の診療	現在の処方内容		
	* 他科受診 有・無 (○で囲んで下さい) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他 ()		

年 月 日

住所: 〒

電話: () -

医療機関:

科名:

医師名:

印