

診 療 情 報 提 供 書

◆これは社会福祉法人 久盛会、下記施設入所申込に添付する診療情報提供書です。
 【介護老人保健施設 あまさぎ園 (通所) ケアハウス 高城 グループホーム 田園】

フリガナ		性別		生年月日	明治 大正 昭和		
氏名		男・女		年 月 日	年 月 日	生	歳
住所	〒 -		電話番号		- -		

傷病名及び既往症 <small>※内服しているお薬に関する病名及び既往歴を全てご記入願います。</small>	1	発症日	年	月	日	頃
	2	発症日	年	月	日	頃
	3	発症日	年	月	日	頃
	4	発症日	年	月	日	頃
	5	発症日	年	月	日	頃
	6	発症日	年	月	日	頃

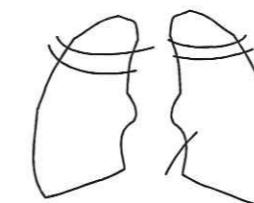
障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症である老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

身長	cm	体重	kg	血 圧	～	mmHg
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	問題行動 ()	*HDS-R		点	年 月 日
皮膚病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病 名	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 白癬 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()	大きさ (cm ²)			
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
関節硬直	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
疼 痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
足 変 形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
浮 腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位 ()				
移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 間接介助	<input type="checkbox"/> 直接介助		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 間接介助	<input type="checkbox"/> 直接介助		
栄 養 状 態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不良			
嚥 下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> できない	*経管栄養 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻		
失 禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(尿・便)	<input type="checkbox"/> パット使用	<input type="checkbox"/> オムツ使用 (夜間のみ・昼夜とも)			
排 尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 間接介助	<input type="checkbox"/> 直接介助	<input type="checkbox"/> カテーテル使用	
排 便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 間接介助	<input type="checkbox"/> 直接介助		
入浴・着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 間接介助	<input type="checkbox"/> 直接介助		

あまさぎ園認知症専門棟に入所希望の方は「傷病名及び既往歴」に認知症の病名及び「認知症日常生活自立度」でIIIa以上の判断が必要となります。

心電図検査 (コピー可)
 検査日平成 年 月
 異常所見 有・無

胸部X線撮影
 (3ヶ月以内の写真)
 結核の既往 有・無・不明
 異常所見 有・無



撮影日 平成 年 月

*各データはコピー可			
検査日 平成		年 月 日	
尿検査	蛋白		γ-GTP u/l
	糖		LDH u/l
	潜血		TBL mg/dl
血液学的検査	RBC	×10 ⁴ /μl	生化学検査
	WBC	/μl	
	Hb	g/dl	
	Ht	%	
	PLT	×10 ⁴ /μl	
生化学検査	Fe	μg/dl	K mEq/l
	TP	g/dl	Na mEq/l
	ALB	g/dl	Cl mEq/l
	AST (GOT)	u/l	Ca mEq/l
感染症	ALT (GPT)	u/l	T-cho mg/dl
	HBsAg		BUN mg/dl
	HCV		CRE mg/dl
	TPHA法		CRP mg/dl
	MRSA	検出部位 ()	HbA1c mg/dl
血液型	Rh (+・-) A・B・AB・O	FBS mg/dl	未検

所見及び今後の診療	現在の処方内容
<p>*他科受診 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p><input type="checkbox"/>内科 <input type="checkbox"/>呼吸器科 <input type="checkbox"/>消化器科</p> <p><input type="checkbox"/>循環器科 <input type="checkbox"/>整形外科 <input type="checkbox"/>泌尿器科 <input type="checkbox"/>婦人科 <input type="checkbox"/>皮膚科</p> <p><input type="checkbox"/>眼科 <input type="checkbox"/>歯科 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	<p>※優先順位の高いお薬からご記入ください</p>

平成 年 月 日

住 所
 医 療 機 関 名
 医 師 氏 名

印