

# 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。

【介護老人福祉施設 生寿園（特別養護老人ホーム） 生寿園（短期入所）】

フリガナ		性 別		生年 月 日	明治 大正 昭和	
氏 名		男 ・ 女			年 月 日 生	歳
住 所	〒 -		電話番号 - -			

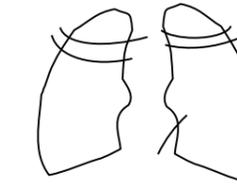
傷病名 及び 既往症  <small>※内服しているお薬 に関する病名及び既往 歴を全てご記入願 います。</small>	1	発症日	年	月	日頃
	2	発症日	年	月	日頃
	3	発症日	年	月	日頃
	4	発症日	年	月	日頃
	5	発症日	年	月	日頃
	6	発症日	年	月	日頃

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 <sup>2</sup> )			
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		

心電図検査 (コピー可)  
検査日平成 年 月 日  
異常所見 有 ・ 無

胸部X線撮影  
(6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		生化学検査	γ-GTP	u/l
	糖			LDH	u/l
	潜 血			TBL	mg/dl
血液学的検査	RBC	×10 <sup>4</sup> /μl	K	mg/l	
	WBC	/μl	Na	mg/l	
	Hb	g/dl	Cl	mg/l	
	Ht	%	Ca	mg/l	
	PLT	×10 <sup>4</sup> /μl	T-c h o	mg/dl	
	Fe	μg/dl	BUN	mg/dl	
生化学検査	TP	g/dl	CRE	mg/dl	
	ALB	g/dl	CRP	mg/dl	
	AST (GOT)	u/l	HbA1c	mg/dl	
	ALT (GPT)	u/l	FBS	mg/dl	
感染症	HBsAg				
	HCV				
	TPHA法				
	MRSA	検出部位 ( )			
血液型	Rh (+・-) A・B・AB・O				

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>	

令和 年 月 日  
住 所  
医 療 機 関 名  
医 師 氏 名

印