

診療情報提供書

(フリガナ)		性別	介護度	生年月日	
氏名		男・女		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
		身長	cm	体重	Kg
既往歴	(年 月)	現病歴	(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
	(年 月)		(年 月)		
< 療養経過 >					
< 定期受診の必要性 なし・あり > ※ ありの場合は、受診先と頻度を記入してください					
< 内服状況 >					
麻痺	なし ・ あり		拘縮	なし ・ あり	
	上肢 (L ・ R) 下肢 (L ・ R) その他			上肢 (L ・ R) 下肢 (L ・ R) その他	
視力	異常所見 (なし ・ あり)		聴力	異常所見 (なし ・ あり)	
	詳細 :			詳細 :	
日常生活自立度			自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症老人日常生活自立度			正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
行動障がい	なし ・ あり 該当項目に○をして下さい				
徘徊 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 異食 ・ 幻聴 ・ 幻視 ・ 妄想 ・ 独語 ・ 不潔行為 ・ 介護拒否					
< 備考 >					

医療行為	胃ろう（なし・あり） ストマ（なし・あり） バルーン（なし・あり） その他（ ）			
皮膚疾患	なし・あり（部位）	疥癬	なし・あり	
褥瘡	なし・あり（部位）	程度		
アレルギー	なし・あり（詳細）			
心電図				
胸部X-P	異常所見（-・+） 結核の既往（なし・あり） 結核の活動性（なし・あり） 喀痰検査(要)結果（-・+）		撮影年月日 年 月 日	
梅毒	TPHA（-・+）	MRSA	咽頭・鼻腔（-・+）	
肝炎	Hbs抗原（-・+） Hbs抗体（-・+）	HCV抗体（-・+）		
血液検査	別紙データ（なし・あり）※ ありの場合は、未記入で可			
	白血球 μl	赤血球 μl	ヘモグロビン g/dl	ヘマトクリット %
	血小板 μl	総蛋白 g/dl	アルブミン g/dl	GOT IU/l
	GPT IU/l	LDH IU/l	総ビリルビン mg/dl	ALP IU/l
	γ -GTP IU/l	クレアチニン mg/dl	BUN mg/dl	尿酸 mg/dl
	Na mEq/l	Cl mEq/l	K mEq/l	中性脂肪 mg/dl
	LDLコレステロール mg/dl	血糖値 mg/dl	空腹時血糖100以上の場合 HbA1C %	CRP
	心不全の方 →	BNP pg/ml	ワーファリン内服の方 →	PT-INR
	尿	蛋白（ ）	糖（ ）	潜血（ ）
検査年月日 年 月 日				
入所に関する医師の意見				
認知症専門棟 適・不適 HDS-R 点 MMSE 点				
記載日 年 月 日				
医療機関名及び所在地				
電話番号				
担当医（科） 印				