

年 月 日

診療情報提供書 (A)

本提供書の有効期限は、
上記発行日より3カ月の間とする。

介護老人保健施設

医療機関名 (科名)

所在地

名称

担当医

印

電話

患者氏名 _____ 様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____ 電話 - -

【診断】

【既往症】

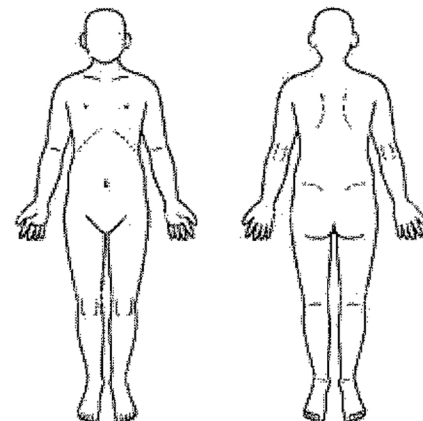
【治療経過】

【処方】

【身体状況】

(主治医との協議により、ケアマネージャーによる7点チェック及び記入可)

- 四肢欠損 関節の拘縮 筋力低下 麻痺 (L・R) 褥瘡
- 嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・不随意運動
- 視覚障害 失語症 カテーテル類留置
- その他の皮膚疾患



<備考>

【心身の状態に関する意見】

(1) 日常生活自立度判定

ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
- ・伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求のみ 伝達不可

(3) 認知症の周辺症状の有無 有 無

- 幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊
- 不潔行為 異食行動 性的問題 火の不始末 その他 ()

(4) 摂取状態(能力) 自立 一部介助 全介助

【検査所見】〔施行日 年 月 日〕

※印の項目については6か月以内の検査値、その他は直近の検査値を記入してください。

尿	糖		血液生化学	総蛋白質		LDH	
	蛋白			アルブミン		BUN	
	潜血			GOT		Cr	
血	白血球数			GPT		Na	
	赤血球数			ALP		K	
液	血色素数			γ-GTP		Cl	
	ヘマトクリット			LDL-Cho		UA	
	血小板			HDL-Cho		CRP	
				TG		血糖 (食前・食後)	
					▲HbA1c		

▲糖尿病歴のある方のみ

※TPHA		※HBs抗原		※HCV抗体	
MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
検出部位					

身長 _____ cm 体重 _____ kg

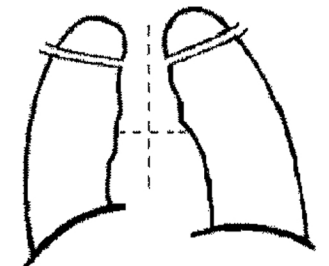
※心電図所見

血圧 _____ / _____

※検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【特記事項】

※胸部X-P所見



※検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日