

# 診療情報提供書

本提供書の有効期限は、上記発行日より  
3ヶ月間とします。

宛

医療機関名(科目)

所在地

名称

担当医

電話

様

印

フリガナ		性別	男・女	生年月日	胎・大正・昭和		
利用者氏名					年	月	日
住所	〒 —			連絡先	— —		介護度
【診断名および発症年月日】							
【既往歴および発症年月日】							
【治療経過】							
【処方】							

【身体情報】 (主治医と協議により、ケアマネージャーによるチェックおよび記入可)

- |                                   |                                |                                   |                               |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 四肢欠損     | <input type="checkbox"/> 関節の硬縮 | <input type="checkbox"/> 麻痺(L・R)  | <input type="checkbox"/> 筋力低下 |
| <input type="checkbox"/> 嚥下障害     | <input type="checkbox"/> 失語症   | <input type="checkbox"/> 失語・付随運動  |                               |
| <input type="checkbox"/> 知覚障害     | <input type="checkbox"/> 視覚障害  | <input type="checkbox"/> 難聴       |                               |
| <input type="checkbox"/> カテーテル類留置 | <input type="checkbox"/> 褥瘡    | <input type="checkbox"/> 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

障害老人の日常生活自立度  正常  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

認知症老人の日常生活自立度  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  要見守り  判断不可

認知能力  自立  多少困難  具体的要求のみ  判断不可

伝達能力  伝達可  多少困難

(3)認知症の周辺状況の有無

幻視・幻聴  妄想  暴言  暴行  昼夜逆転  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)摂食状態・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カ月以内の検査値・その他は直近の検査値をご記入願います。

尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血液	白血球数	
	赤血球数	
	血色素数	
	ヘマトクリット	
	血小板	

血液生化学	総蛋白		BUN	
	TTT		Cr	
	GOT		Na	
	GPT		K	
	ALP		Cl	
	γ-GTP		Ca	
	T-Cho		CRP	
	TG		血糖	食前 食後
	LDH		▲HbA1c	
	アルブミン		▲ = 糖尿病歴ある方のみ	

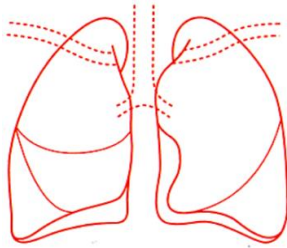
* TPHA		* HBs抗原		* HCV抗体		疥癬	
結核性疾患		★ 上記以外に、一般細菌検査(①喀痰培養、②感受性付き MRSAスクリーニングは不可)の結果を添付願います。					

身長	cm	体重	kg	血圧	/	血液型	型
----	----	----	----	----	---	-----	---

\*心電図所見

[ 検査 年 月 日 ]

\*胸部X-P所見



[ 検査 年 月 日 ]

【特記事項】