

診療情報提供書

令和 年 月 日

【提供先機関名】

介護老人保健施設 とき

グループホームすみれ・ひばり・ひびき

ご担当医 殿

【紹介元機関名】

所在地

☎

名称

担当医

科

⑩

下記患者様が貴所へ入所をご希望されておりますので、ご紹介致します。

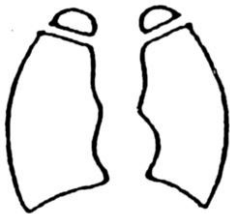
フリガナ 氏名:	(男・女) 明・大・昭 年 月 日生(歳)
-------------	------------------------

寝たきり度	無 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症度	無 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
傷病名		年 月	既往歴
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	

傷病及び治療経過 (他科現病歴も全て記載 ※入所判定に必要な為)	現在の処方内容 (他科処方薬も全て記載 ※入所判定に必要な為)
----------------------------------	---------------------------------

体型	身長	cm	体重	kg
血圧	/ mmHg			
処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位/程度:)			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			

胸部X-P所見 結核()



EKG所見

令和 年 月 日撮影

令和 年 月 日検査

認知症	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
	会話	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 徘徊	
	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> 大声	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

尿検査	蛋白		糖	
	潜血		ウロビリ	
	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
感染症	HBs		TPHA	
	HCV		MRSA	
	疥癬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
血液・生化学検査	WBC	/μl	Tcho	mg/dl
	RBC	万/μl	TG	mg/dl
	Hgb	g/dl	BUN	mg/dl
	Hct	%	Cre	mg/dl
	Plat	万/μl	UA	mg/dl
	TP	g/dl	Na	mEq/l
	Alb	g/dl	K	mEq/l
	GOT	IU/l	Glu	mg/dl
	GPT	IU/l	★HbA1c	%
	γGTP	IU/l	CRP	mg/dl
令和 年 月 日検査 (★HbA1cは糖尿病の場合のみ)				

※漏れなく記載してください。検査所見のデータは、3ヶ月以内に実施したものを記載してください

医療法人社団 仁和会