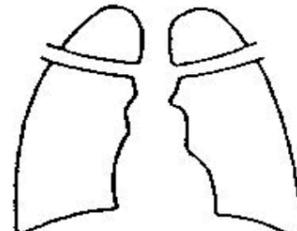


【診療情報提供書】

ふりがな	男 女	明治	年	月	日生	(満	歳)
氏名		大正	昭和				
住所							
病名	①	年	月	日			
	②	年	月	日			
	③	年	月	日			
伝染性疾患(病名)							
既往歴							
現病歴							
治療経過と最近の状態							
医学的な管理を要する器具 (有・無)							
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他 ()							
他科受診の有無 (有・無)							
病名:							
治療経過・内容:							
認知症	有・無	程度	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	HDS-R	点
行動・心理症状	有・無	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	
		<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 医療拒否	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行為	
		<input type="checkbox"/> 性的問題行動	その他 ()				
精神・神経症状	有・無	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> うつ傾向	その他 ()			
四肢欠損	有・無	〈部位〉 ()					
麻痺	有・無	〈部位〉 (上肢 右・左 / 下肢 右・左)					
筋力低下	有・無	〈部位〉 (上肢 右・左 / 下肢 右・左)					
関節拘縮	有・無	〈部位〉 ()					
失調・不随運動	有・無	〈部位〉 ()					
嚥下状態	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> できない 留意事項 ()						
褥瘡	有・無	〈部位〉 () 〈処置〉 ()					

診察・臨床検査所見	身長	cm	体重	kg	胸部X線検査 異常 有・無 結核の既往 有・無  撮影 年 月 日	
	血圧	/	脈拍	/ 分		不整脈: なし・あり
	浮腫: なし・あり (顔・手・下腿・足・その他)					
	心電図所見: 異常 有・無					
	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 上室性頻脈 <input type="checkbox"/> 房室ブロック					
	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	梅毒血清反応: 陰性・陽性 (倍) (ガラス板・TPHA) ・感染のおそれがないものと判断します ・要治療と判定します					
	肝炎検査 HBs抗原: + - HCV抗体: + - その他の感染症 ()					
	MRSA感染 : なし・あり (部位:)					
薬品アレルギー () 食物アレルギー ()						
尿検査: 蛋白 () 糖 () ウロビリ () 潜血 ()						
血液型: 型 RH + -						
血液検査 [実施日: 年 月 日] 検査データのコピーでも結構です (3ヶ月以内のデータ)						
Hb		TP	BUN	FBS		
RBC		ALB	Cre	HbA1c		
Ht		AST (GOT)	Na	T-cho		
WBC		ALT (GPT)	K	TG		
PLT		γ-GTP	CL	HDL		
食事療法: 有・無						
カロリー: 1日 Kcal						
塩分: 1日 g						
経管栄養: 1日 Kcal (使用栄養剤:)						
その他の食事制限:						
医師の指示	リハビリ指示 : リハビリテーションの有無 : なし・あり					
	筋力増強 関節可動域 理学療法 その他 () その他 :					
医師の意見	入所生活上注意すべき事項・医療計画等 :					
	処方内容 : (別紙添付でも結構です)					
医療機関名 :		科		年 月 日		
住所 :		医師署名				

※この診療情報提供書は介護老人保健施設もりよし荘への入所申込に使用するものです。