

診療情報提供書

有料老人ホーム 慈愛の郷

氏名 _____ M・T・S 年 月 日 (男・女)

病名

- | | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|----|----|---|---|---|
| 1) | 発症 | 年 | 月 | 日 | 5) | 発症 | 年 | 月 | 日 |
| 2) | 発症 | 年 | 月 | 日 | 6) | 発症 | 年 | 月 | 日 |
| 3) | 発症 | 年 | 月 | 日 | 7) | 発症 | 年 | 月 | 日 |
| 4) | 発症 | 年 | 月 | 日 | 8) | 発症 | 年 | 月 | 日 |

簡単な現病歴

一般検査結果: 末血、生化学のコピーをお願い致します。(※アルブミン値も測定ください)
脳・心血管障害をお持ちの際は特にリスクファクターの検査結果もお願いします。

伝染疾患: HBs抗原 HCV抗体 Wa-R その他() 不明
皮膚疾患: ()

検査データ: 6ヶ月以内のもの(疾患に関係する場合)

所見	胸部レントゲン (※疾患に関係なく必須)	心電図	頭部CT・MRI
	結核の既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	心房細動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

心身の状態に関するその他の所見

- ・要介護認定 支援1 支援2 介護1 介護2 介護3 介護4 介護5
- ・有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
- ・障害者高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
- ・周辺症状 徘徊 ありなし 暴力行為 ありなし 不潔行為 ありなし

処方内容

食事の種類 一般食 特別食 () 経管栄養 ()

その他 血圧 ()
身長 cm 体重 kg

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

ご記入ありがとうございました。