

# 診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設 すばる六甲

2020.4.1 改定

氏名		男 女	( 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ) 年 月 日生 ( 歳 )
住所	〒		
現病名	① .....年 月 日 ② .....年 月 日 ③ .....年 月 日 ④ .....年 月 日 ⑤ .....年 月 日	既往歴	① .....年 月 日 ② .....年 月 日 ③ .....年 月 日 ④ .....年 月 日 ⑤ .....年 月 日
症状・経過			
投薬		ADL	移動 (歩行・車椅子・寝たきり) 移乗 (自立・見守り・一部介助・全介助) 食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) 麻痺 ( 無 ・ 有 ) 拘縮 ( 無 ・ 有 ) その他
認知症	無 ・ 有 ( 軽 ・ 中 ・ 重 )	問題行動	無 ・ 有 徘徊・奇声・異食・不穏・妄想・昼夜逆転・その他
認知症高齢者の日常生活自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	障害高齢者の日常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
皮膚疾患	疥癬 ( - ・ + ) 褥瘡 ( - ・ + ) その他	アレルギー	無 ・ 有

< 検査 >

血液学	白血球	生化学	GOT	心電図	所見	
	赤血球		GPT			
	Hb		γ-GTP			
	Ht		LDL			
	血小板		HDL			
検査日 年 月 日	中性脂肪		胸部X線	所見		
HBs抗原 ( - ・ + )	BUN				頭部CT	所見
HBs抗体 ( - ・ + )	クレアチニン					
HCV抗体 ( - ・ + )	UA					
TPHA ( - ・ + )	総コレステ					
検査日 年 月 日	アルブミン					
感染症	MRSA	血清蛋白	頭部CT	所見		
	深部感染の疑いが ( 有 ・ 無 )	Fe				
	疑い有の場合 ⇒ 検査 ( - ・ + )	Na				
	検査方法[ 喀痰・他( ) ]	K				
	検査日 年 月 日	血糖				
	結核 結核疑いが ( 有 ・ 無 )	HbA1c				
	疑い有の場合 ⇒ 検査 ( - ・ + )	CRP				
検査方法[ 喀痰・他( ) ]	尿検査	糖 蛋白 潜血				
※必要であれば、PCR法または	糖					
培養法でも判定願います。	蛋白					
検査日 年 月 日	潜血	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日		

血液検査はデータ添付でも可。検査データは直近3ヶ月以内のものをお願い致します。

年 月 日 医療機関名  
所在地  
担当医師  
TEL

印