

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 検査日 年 月 日
	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 検査日 年 月 日	
HBs抗原 (- ・ +)	BUN				
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	頭部CT	所見 検査日 年 月 日 ※対象疾患の方は記載をお願いします。 ※可能であれば画像添付をお願いします。 検査日 年 月 日		
MRSA	血清蛋白				
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	尿検査	検査日 年 月 日		
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()]	糖				
※必要であれば、PCR法または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			

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