

診療情報提供書 (入所・短期入所・通所)



社会医療法人医真会
介護老人保健施設あおぞら

年 月 日

〒581-0036
八尾市沼1丁目41番地
TEL:072-948-2545
FAX:072-948-2675

医師名 印

医療機関名

所在地

TEL ()

FAX ()

フリガナ		男 ・ 女	明治		
氏名			大正 年 月 日生 (歳) 昭和		
現住所	〒				
身長	cm	体重	Kg	血圧	/ mmHg

1. 疾病に対する意見

(1) 診断名(障害の直接の原因となっている傷病名は1. に記入)および発症年月日

1. _____ (昭和・平成 年 月 日)
2. _____ (昭和・平成 年 月 日)
3. _____ (昭和・平成 年 月 日)

(2) 障害の直接の原因となっている疾病の状況(日による変動について)

- 安定している 不安定である 不明

(3) 障害の直接の原因となっている疾病の経過及び治療内容

(最近6ヶ月以内に変化があったもの及び特記すべきものについて記入してください。)

(4) 処方内容<必ず全て記入してください。>

(5) 既往歴

2.検査所見 ※ 検査データは3ヶ月以内のデータでお願い致します。

① 血液検査(生化学・CBC)データについてはコピーを添付してください。

② 胸部X線写真

異常なし 所見 [

異常あり

(年 月 日実施)

③ 心電図

異常なし 所見 [

異常あり

(年 月 日実施)

④ 感染症

HBs抗原 (- ・ +)

HCV抗体 (- ・ +)

MRSA (- ・ +) ※部位 ()

TPHA (- ・ +)

梅毒検査 (- ・ +)

(年 月 日実施)

3.心身状態に関する意見

(1)認知症の有無

有 (□日内・日差変動)
(傷病名_____)

無

不明

(有の場合)認められる状態

作話 幻視・幻覚 妄想

昼夜逆転 暴言・暴行 介護への抵抗

徘徊 一人で戻れない 火の不始末

不潔行為 異食行動 性的問題行動

その他()

(2)精神・神経症状の有無(認知症以外)

聴覚障害 視覚障害 失語・構音障害 せん妄 傾眠傾向

失見当識 失認 失行

(3)その他の精神疾患の有無

有 (傷病名) 無

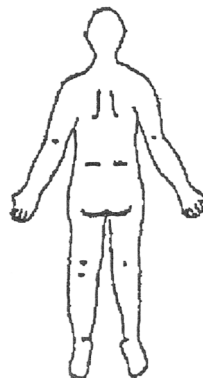
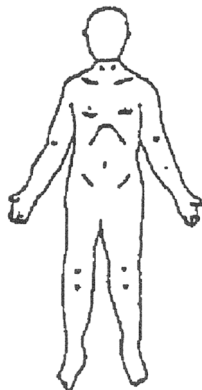
(4)身体の状態

四肢欠損 関節の拘縮 麻痺 失調・不随意運動

皮膚疾患 疥癬 (無 ・ 有) 褥瘡 (無 ・ 有)

湿疹 (無 ・ 有) その他皮膚疾患 ()

「有」と回答した場合には、それぞれの状態に関して、部位や具体的状況について記入してください。



(5)その他の身体症状の有無

尿失禁 便失禁 摂食嚥下障害 その他()