

# 診療情報提供書

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳					
氏 名	様								
住 所	TEL ( )								
診 断 名 等	主要病名又は症状・時期等		既 往 歴	病名・症状等		時 期			
	1.			1.	年 月 ~ 年 月				
	2.			2.	年 月 ~ 年 月				
	3.			3.	年 月 ~ 年 月				
	4.			4.	年 月 ~ 年 月				
5.		5.	年 月 ~ 年 月						
主 な 経 過									
処 方	長期常用薬には を付記して下さい。又治療食の指示のある場合は各制限等も記載して下さい。								
胸部 X 線所見 平成 年 月 日撮影		心電図所見 平成 年 月 日実施		医療的処置の状況					
				気管切開 経管栄養 胃瘻 留置カテーテル ストーマ IVH レスピレーター HOT インシュリン注射 その他 ペースメーカー 齧頭全てチェックして下さい					
医師所見：異常有り・異常なし		異常有り・異常なし							
検 査 所 見	尿	蛋 白 ( ) 糖 ( ) 潜 血 ( )					感 染 症	全項目必須	
	血 液	Hgb ( ) Fe ( ) WBC ( ) PLT ( )							TPHA ( )
		TP ( ) Alb ( ) ChE ( ) T-cho ( )							HBs 抗原 ( )
		TG ( ) GOT ( ) GPT ( ) -GTP ( )							HCV 抗体 ( )
		BUN ( ) Cre ( ) FBS ( ) HbA1c ( )							皮膚疥癬 ( )
身 体 状 況	身長( cm ) 体重( kg ) 血圧( / )								
	アレルギー：無・有(薬 )(食事 ) 褥瘡：無・有(部位 )(程度 )								
	障 害 有 無	視力障害：無・有 聴力障害：無・有 言語障害：無・有 嚥下障害：無・有 麻痺：無・有(右・左：上肢・下肢) 関節拘縮：無・有(肩・肘・手・股・膝・足) 精神疾患：無・有( ) 認知症状：長谷川式スケール(合計得点 )							
総 合 所 見	(1) 認知症老人の日常生活自立度 ( 正常 a b a b M )								
	(2) 問題行動の有無(該当する項目全てチェックして下さい)								
	無 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他( )								
(3) 障害老人の日常生活自立度 ( J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 )									
医療機関 名 称：				平成 年 月 日					
所 在 地：									
医 師 氏 名：				印					

検査データは、3ヶ月以内に実施された結果をご使用ください。

都筑シニアセンター (様式 0096)