

診療情報提供書

介護老人保健施設 マイライフ芦屋苑

ふりがな			男女	M・T・S 年 月 日生(才)		
氏名						
現病名						
既往歴						
現在までの経過及び現在の治療状況						
投薬内容	身長	cm	体重	kg	血圧	/
	視力	正・見えにくい・殆ど見えない・全く見えない				
	聴力	正・補聴器・大きな声・高度難聴				
	言語	正・聞き取りにくい・言語障害・失語状態				
四肢及び運動機能障害	上肢(右・左)→(不全麻痺・完全麻痺) 下肢(右・左)→(不全麻痺・完全麻痺)					
心電図	異常なし・所見あり(
胸部X線	異常なし・所見あり(
皮膚疾患	疥癬 有・無() 褥創 有・無() 湿疹 有・無() その他() ()内に部位をお書きください					
血液検査及び感染症検査 (検査日 平成 年 月 日)	白血球		GPT	IU/l	CRP	mg/dl
	赤血球	万	γ GTP	IU/l	HBs抗原	陽性・陰性
	ヘモグロビン	g/dl	HDL	mg/dl	HCV抗体	陽性・陰性
	ヘマトクリット	%	LDH	mg/dl	空腹時血糖	
	血小板	万	中性脂肪	mg/dl	HbA1c	JDS/NDSP %
	血清蛋白	g/dl	BNP	pg/dl	検尿	蛋白() 糖()
	アルブミン	g/dl	クレアチニン	mg/dl		
GOT	IU/l	BUN	mg/dl			
睡眠	良・不良	内服薬	無・有(
精神状態	感情障害	無・有(抑うつ・不定愁訴・感情失禁・易怒性)				
	周辺症状	無・有(徘徊・不穏・攻撃行動・異食・妄想・幻覚・興奮・奇声大声・昼夜逆転) その他(
日常生活自立度	J ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V					
要介護度	申請中 ・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)					
ADL	歩行・移動	自立・杖・シルバーカー・歩行者・車椅子自操・車椅子介助・移動不能(寝たきり・要体位変換)				
	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 (常食 ・ 粥食 ・ きざみ食 ・ 流動食)				
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (ポータブル ・ 紙パンツ ・ おむつ ・ パルーン)				
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (機械浴 ・ 一般浴)				
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助				
	意思疎通	正常 ・ ある程度可能 ・ ほとんど不能 ・ 不能				
令和 年 月 日	医療機関 住所					
	名称					
	担当医師					