

介護老人保健施設利用のための診療情報提供書

三浦横須賀共通様式

フリガナ				男	生年月日				
氏名	様			女	M、T、S、	年	月	日	歳
住所	〒								
現在治療を受けている疾患	1、	4、	7、	2、	5、	8、	3、	6、	9、
現病歴									
既往歴									
投薬内容 (全科のものを含む)									
薬物アレルギー	無・有 ()				食物アレルギー	無・有 ()			
①身長	() cm	測定日	(H /)	体重	() kg	測定日	(H /)		
②血圧	/	③不整脈	無・有	④経口摂取	可、(食事介助 不要・要)	不可			
⑤誤嚥	無・有	⑥神経学的異常所見	無・有 ()						
⑦四肢拘縮	無・有 ()	⑧難聴	無・有	⑨言語障害	無・有				
⑩視力障害	無・有 (高度・中等度・軽度・年相応)								
⑪座位保持	可・介助により可・介助しても不可								
⑫起立	可・介助により可・介助しても不可								
⑬歩行	独歩可・介助により可・平行棒内可・全く不可								
⑭杖、装具	不使用・使用	⑮衣服着脱	可・不可						
⑯褥瘡	無・有 (部位)								
⑰失禁	無・有 (小便・大便・両方)	⑱排泄	自立・オムツ・介助						
⑲認知	無・軽度・中等度・高度 (妄想・幻覚・奇声・独語・徘徊・その他)	HDS-R	点	MMSE	点				
感染症	MRSA ()	HBV-Ag ()	HCV ()	Wa-R ()	疥癬 ()	活動性結核 ()	その他		
血算	WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP	GOT	GPT	
	TP	BUN	Cr	Alb	T-cho	Na	K	Cl	
生化学	HDL	LDL	FBS	HbA1c	採血日 (H / /)				
	※採血結果はデータの添付でも可								
胸部XP (3ヶ月以内のもの)	異常 無・有 ()								
心電図	異常 無・有 ()								
その他、入所中の処方変更の必要性、検査の必要性等について、主治医のご意見をご記入下さい。									

年 月 日

医療機関名・診療科名

医師名

印