

# 診療情報提供書 (A)

平成 年 月 日

VER140407

本提供書の有効期限は、上記  
発行日より3カ月の間とする。

介護老人保健施設

医療機関名 (科名)  
所在地  
名称  
担当医  
電話

印

患者氏名	様 (男・女)	明・大・昭	年	月	日
〒住所		電話	—	—	

## 【診 断】

## 【既往症】

## 【治療経過】

## 【処 方】

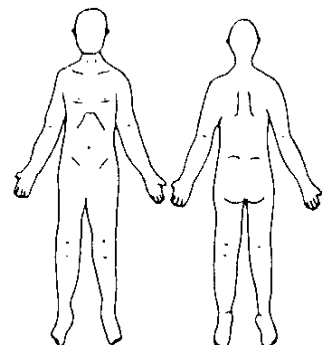
## 【心身の状態】

### (1) 身体の状態

(主治医との協議により、ケアマネジャーによるv点チェック及び記入可)

- 四肢欠損 関節の拘縮 筋力低下 麻痺 (L・R) 褥瘡
- 嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・不随意運動
- 視覚障害 失語症 カテーテル類留置
- その他の皮膚疾患

<備考>



(2) 日常生活の自立度

ADL状態 □正常 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2  
認知状態 □正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M

(3) 認知症の中核症状

・短期記憶 □問題なし □問題あり  
・認知能力 □自立 □多少困難 □要見守り □判断不可  
・伝達能力 □伝達可 □多少困難 □具体的要求のみ □伝達不可

(4) 認知症の周辺症状

□有 □無  
□幻視、幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □介護拒否 □徘徊  
□不潔行為 □異食行動 □性的問題 □火の不始末  
□その他 ( )

(5) 摂食状態

・摂取能力 □自立 □一部介助 □全介助

【検査所見】〔施行日 平成 年 月 日〕

※ 印の項目については6か月以内の検査値、その他は直近の検査値を記入して下さい。

尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血液	白血球数	
	赤血球数	
	血色素数	
	ヘマトクリット	
	血小板	

血液生化学	アルブミン		BUN	
	総蛋白質		Cr	
	GOT		UA	
	GPT		Na	
	LDH		K	
	ALP		Cl	
	γ-GTP		CRP	
	LDL-cho		血糖	(食前・食後)
	HDL-cho		▲HbA1c	
	TG		▲糖尿病歴ある方のみ	

※TPHA		※HBs抗原		※HCV抗体	
-------	--	--------	--	--------	--

MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
------	-----	----	-----	-------	-----

(検出部位 )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

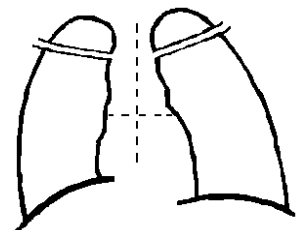
※心電図所見

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

※検査 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【特記事項】

※胸部X-P所見



※検査 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日