

# 診療情報提供書

住宅型有料老人ホーム

シャローム神戸有野台

氏名	生年月日： 年 月 日生（ 歳）			
住所/電話番号	電話番号： - -			
病名				
既往歴				
現在の病状 治療内容				
投薬内容 (他科内服・ 外用薬を含む)				
身体状況	血圧 / mmHg	身長 cm	体重 kg	
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	上肢(右・左)	下肢(右・左)	その他( )
	視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )	点眼薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )
皮膚の状況	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	疥癬既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他( )	
自立度	障害高齢者の日常生活自立度： 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症	日常生活への影響の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 幻覚・幻聴 暴言・暴力 不潔行為 妄想 徘徊 異食・盗食 性的行為 その他( ) 認知症高齢者の日常生活自立度： 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
アレルギー	薬物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
血液検査 (直近3か月内 データ添付可)  年 月 日	白血球	AST	HBs抗原 (-/+)	胸部X線写真所見 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有     年 月 日
	赤血球	ALT	HCV抗体 (-/+)	
	ヘモグロビン	Na	ガラス板・TPHA (-/+)	
	ヘマトクリット	K	MRSA (-/+)	
	血小板	Cl	部位( )	
	血清蛋白	LDL-C	結核 (-/+)	
	アルブミン	血糖	塗沫・培養・PCR	
	尿素窒素	HbA1c	(胸部X線上、必要と判断された場合)	
クレアチニン	CRP	心電図異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
備考				
医療機関名				年 月 日
所在地				
電話番号	-	-	担当医師名	印