

診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設 ニコニコ苑 殿

フリガナ				男・女	明治・大正・昭和		
氏名				年	月	日生	歳
介護認定	未済・済 要介護度()		有効期限	令和	年	月	日
病名							
既往歴				アレルギー 有() 無			
病歴 および 現症							
身長	cm	体重	kg	血圧	~	mmHg	
認知症の有無	有 (程度: 軽・中・重) (HDS-R 点 年 月 日)			・ 無			
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他()			・ 無			
皮膚病	疥癬・白癬・皮膚掻痒症・褥瘡 部位()			・ 無			
移動	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						
嚥下	できる・むせやすい・経管栄養(経鼻栄養・胃瘻)・IVH						
排尿	自立・見守り・介助・パット使用・おむつ使用・留置カテーテル						
排便	自立・見守り・介助・おむつ使用・人工肛門						
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助						
着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助						

検査日: 年 月 日		血液型・Rh	()
血液学的検査	RBC ()	Plat ()	胸部 X 線 撮 影 撮 影 日 : 年 月 日 (3ヶ月以内の写真) 異常所見: 有・無 ※ 胸部レントゲンのコピーまたはデータを添付して下さい。 
	Hb ()	WBC ()	
	Hct ()		
生化学検査	TP ()	BUN ()	結核の既往 : 有・無・不明 ※ 結核の既往歴がある方、または胸部X線に異常所見が認められた場合は、塗抹・培養・結核PCR(1日目のみ)を施行して下さい。 塗 抹 : 陰性・陽性() 結核PCR : 陰性・陽性 ※ 培養は、結果が分かり次第、ご連絡下さい。
	AST ()	Cr ()	
	ALT ()	Na ()	
	γGTP ()	K ()	
	T・Cho ()	FBS ()	
	TG ()	CRP ()	
	UA ()		
尿検査	蛋白()	糖()	潜血()
感染症	HBs抗原()	HCV()	MRSA感染既往()
	RPR()	TPHA()	その他()
心電図検査	検査日: 年 月 日		異常所見: 無・有()
所見及び今後の診療に関する情報			現在の処方(コピーでも可)
身体機能維持の為、リハビリが必要			
* 他科受診 : 有・無 (○で囲んでください) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他()			

令和 年 月 日

住 所 〒

医療機関名

医 師

印