

診療情報提供書

氏名				性別	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			年齢	歳		
現病歴							
既往歴							
胸部X-P所見	異常 なし・あり ()						
心電図 所見	異常 なし・あり ()						
日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
認知症自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
BPSDの状況： <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> その他：							
アレルギー-	<input type="checkbox"/> 薬： <input type="checkbox"/> その他						
血圧	/			身長	cm	体重	kg
処置内容	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他；						
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位： 程度：						
処方内容	別紙添付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
※施設入所後は施設医師が経過状態を見て処方調剤 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 薬品名：							
検査項目 ※下記については3ヶ月以内で最新データのコピー添付でも可							
生化学検査				血液検査		尿検査	
年 月 日				年 月 日		年 月 日	
TP/総蛋白		K/カリウム		WBC		蛋白	
Alb/アルブミン		Cl/クロール		RBC		糖	
GOT/AST		CRP		Hb		潜血	
GPT/ALT		総コレステロール		Ht			
γ-GTP		HDL		Plt		感染症検査	
BUN/尿素窒素		LDL		免疫検査		年 月 日	
Cr/クレチニン		中性脂肪		年 月 日		MRSA (+ -)	
Na/ナトリウム		Glu		HBs抗原		部位：咽頭・鼻腔	
		HbA1C		HCV抗体		その他()	
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 と認めます。							
西暦 年 月 日							
医療機関名							
所在地							
電話							
名称							
医師氏名							
印							

※有効期限は作成から3か月以内となります。

医療法人 泰一会 介護老人保健施設 はつかり

※文書作成料は実費負担になる可能性がございます。

TEL 049-298-8277

詳細につきましては作成される病院(施設)へお問い合わせください。

FAX 049-298-8257

※未記入がある場合にはお申し込みの受付ができません。必ずすべての項目を埋めてご提出ください。