

診療情報提供書

要介護度	1・2・3・4・5	〒195-0064 東京都町田市小野路町1632番地 TEL:042-734-9500 FAX:042-734-3518	介護老人保健施設 町田さくらんぼ
利用希望	入所・通所・短期		
氏名	住所		TEL: () () ()
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
診断名			
現病歴	※必要に応じて、別紙を添付してください。		
既往歴			
処方内容	(点眼薬も含む)		
アレルギー	薬物: 無・有 ()	食物: 無・有 ()	
自立度	認知度: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	寝たきり度: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
問題行動	無・有 (妄想・幻覚・幻視・独語・徘徊・暴力・暴言・異食・不潔行為・介護拒否・その他())		
A D L	1 移動: 自立・一部介助・全介助	4 食事: 自立・一部介助・全介助	
	2 排泄: 自立・一部介助・全介助	5 入浴: 自立・一部介助・全介助	
	3 更衣: 自立・一部介助・全介助	6 座位保持: 自立・一部介助・全介助	
※採血/採尿日: 年 月 日			
検査	1血液	白血球数 (/ μ l)	血色素 (g/dl)
		赤血球数 ($\times 10^4$ / μ l)	ヘマトクリット (%)
	2尿	蛋白 (+・-)	糖 (+・-)
			潜血 (+・-)
	3生化学	総蛋白 (g/dl)	アルブミン (g/dl)
	GOT (IU/l)	GPT (IU/l)	LDL (mg/dl)
	総コレステロール (mg/dl)	HDL (mg/dl)	クレアチニン (mg/dl)
	中性脂肪 (mg/dl)	尿素窒素 (mg/dl)	HbA1C (%)
	Fe (μ g/dl)	血糖(空腹時) (mg/dl)	
4心電図	異常所見 無・有 ()		
血圧・脈拍	血圧 / mmHg	脈拍 回/分	身長 cm 体重 kg
感染症	※検査日: 年 月 日		
	MRSA	(+・-)	部位 ()
	梅毒	梅毒脂質抗原使用検査(定性) (+・-)	
		TPHA試験(定性) (+・-)	
	肝炎	HBs抗原 (+・-)	精密数値 IU/ml
		HCV抗体価 (+・-)	
	胸部X線	1.肺結核 (+・-)	撮影年月日 (年 月 日)
		2.その他所見 ()	
	皮膚疾患	1.褥瘡 (+・-)	
		2.疥癬 (+・-)	
3.その他 (+・-) 具体的に:()			
入所等に係る医師の意見(バルーンカテーテル等装着している医療機器があれば記入してください。)			

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印