診 療 情 報 提 供 書

要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
利用希望	入 所 ・ 通 所 ・ 短 期

〒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

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( )	

ADL				
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

検査				
※ 採血/採尿日 : 年 月 日				
1血液 :	白血球数 (/μl)	血色素 (g/dl)		
	赤血球数 (×10⁴/μl)	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)	γ-GTP (IU/l)	
	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 (μg/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			
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