

介護老人保健施設 けんちの苑・水海道（介護老人保健施設入所）

診療情報提供書

ふりがな 氏名 住所	明治・大正・昭和	
	男 女	年 月 日 ( ) 歳
	TEL ( )	
	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 現在介護申請・区分変更中	
現在の 病名	1 _____	発症日 年 月 日頃
	2 _____	発症日 年 月 日頃
	3 _____	発症日 年 月 日頃
病状 及び 経過	既往歴	
	処方	
現症	身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg 脈拍 _____ 回 (整・不整)	
	アレルギー 無・有 ( )	麻痺 無・有 ( )
	褥瘡 無・有 ( )	嚥下障害 無・有 ( )
	胸部X線 (撮影日 年 月 日)	(検査日 年 月 日)
		臨床検査
	CTR _____ %	WBC _____ / $\mu$ L BUN _____ mg/dL
	異常 無・有 ( )	Hb _____ g/dL Cre _____ mg/dL
		Alb _____ g/dL T-cho _____ mg/dL
		AST _____ IU/L CRP _____ mg/dL
		ALT _____ IU/L 血糖 _____ mg/dL
	$\gamma$ GTP _____ IU/L HbA1c _____ % *糖尿病治療中の方	
	尿：蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( )	
心電図 (検査日 年 月 日)	感染症	
異常 無・有 ( )	HBs抗原 ( ) HCV抗体 ( ) RPR法 ( )	
	結核既往 (無・有) その他 ( )	
上記の他に検査異常値、画像検査所見等がありましたらご記載ください。		
認知症 及び周 辺症状	認知症 無・有 (HDS-R _____ 点 MMSE _____ 点・未実施)	*診断根拠となる画像所見がありましたら 上欄に記載お願いします。
	<input type="checkbox"/> 不穏・暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <b>【特記事項】</b>	
	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 異食 *当てはまるものに チェックしてください	
療養上の指示または注意事項をご記載ください。		
上記のとおり診断いたします。		
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関名	
	医療機関所在地	
	医師氏名	印

ご記入ありがとうございました。

医療法人社団 竹恵会  
介護老人保健施設 けんちの苑・水海道