

診療情報提供書

ソフトケアホーム元住吉

氏名			住所									
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												
処方薬												
アレルギー	薬物：無・有 ()			食物：無・有 ()								
自立度(別紙参照)	痴呆度：正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ			寝たきり度：J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2								
問題行動	無・有(妄想・幻覚・幻聴・独語・徘徊・暴力・暴言・不潔行為・介護拒否・その他())											
A D L	1.歩 行：自立・一部介助・全介助		2.食 事：自立・一部介助・全介助									
	3.排 泄：自立・オムツ・介助		4.座位保持：自立・一部介助・全介助									
	5.衣服着脱：自立・一部介助・全介助		6.入 浴：自立・一部介助・全介助									
検 査	1.血 液：赤血球数() 血色素() 白血球数() 血小板数() ヘマトクリット()											
	2.尿：蛋白() 糖() 潜血()											
	3.生化学：総蛋白() クレアチニン() 尿素窒素() 尿酸() γGTP() GOT() GPT() 総コレステロール() 血糖()											
	4.心電図：異常所見 無・有()											
	5.その他： ※(採血年月日 年 月 日)											
血圧・脈拍	血圧		mmHg		脈拍		回/分		身長	cm	体重	kg
感染症 <small>※別紙を必ず参照してください。</small>	梅 毒		梅毒脂質抗原使用検査[定性] (+ ・ -) ※感染症の有無等を記載 TPHA試験[定性] (+ ・ -)									
	肝 炎		HBs抗原 (+ ・ -) 精密数値 () HCV抗体価 (+ ・ -)									
	胸部X線		1.肺結核 (+ ・ -)				撮影日(年 月 日)					
	皮膚疾患		1.じよく瘡 (+ ・ -)				2.疥癬 (+ ・ -)					
	新型 コロナウイルス		1.感染 (+ ・ -) 2.検査 (+ ・ -) 検査日(年 月 日) 検査の種類()									
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)												

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印