

# 介護老人保健施設利用のための診療情報提供書

三浦横須賀共通様式

フリガナ			男	生年月日				
氏名	様	女	M、T、S、	年	月	日	歳	
住所	〒							
現在治療を受けている疾患	1、	4、	7、	2、	5、	8、	3、	9、
現病歴								
既往歴								
投薬内容 (全科のものを含む)								
薬物アレルギー 無・有 ( ) 食物アレルギー 無・有 ( )								
①身長 ( cm) 測定日 (H / / ) 体重 ( kg) 測定日 (H / / )								
②血圧 / ③不整脈 無・有 ④経口摂取 可、(食事介助 不要・要) 不可								
⑤誤嚥 無・有 ⑥神経学的異常所見 無・有 ( )								
⑦四肢拘縮 無・有 ( ) ⑧難聴 無・有 ⑨言語障害 無・有								
⑩視力障害 無・有 (高度・中等度・軽度・年相応)								
⑪座位保持 可・介助により可・介助しても不可								
⑫起立 可・介助により可・介助しても不可								
⑬歩行 独歩可・介助により可・平行棒内可・全く不可								
⑭杖、装具 不使用・使用 ⑮衣服着脱 可・不可								
⑯褥瘡 無・有 (部位 )								
⑰失禁 無・有 (小便・大便・両方) ⑱排泄 自立・オムツ・介助								
⑲認知 無・軽度・中等度・高度 (妄想・幻覚・奇声・独語・徘徊・その他) HDS-R 点 MMSE 点								
感染症	MRSA ( ) HBV-Ag ( ) HCV ( ) Wa-R ( ) 疥癬 ( ) 活動性結核 ( ) その他							
血算 生化学	WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP	GOT	GPT
	TP	Alb	BUN	Cr	Na	K	Cl	
	T-cho	HDL	LDL	FBS	HbA1c	採血日 (H / / )		
※採血結果はデータの添付でも可								
胸部XP (3ヶ月以内のもの)	異常 無・有 ( )							
心電図	異常 無・有 ( )							
その他、入所中の処方変更の必要性、検査の必要性等について、主治医のご意見をご記入下さい。								

年 月 日

医療機関名・診療科名

医師名

印