

診療情報提供書（入所・短期入所用）

令和 年 月 日

介護老人保健施設ソピア御殿山
施設長 横山 孝 宛

医療機関名
所在地
電話
担当医

印

ふりがな		生年月日	明・大・昭
氏名	男・女 歳		年 月 日
傷病名			
既往歴			
現病歴及び治療経過			
医療処置 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()			
処方内容			
外用薬 無・有 () 薬物アレルギー 無・有 ()			

検査所見 (年 月 日) ※3か月以内の値をご記入下さい

血液一般	白血球		血液生化学	LDH		その他	糖尿病の方	検尿 年 月 日
	赤血球			T-Cho			HbA1C ()	蛋白質
	ヘモグロビン			Na			ワーファリン服用中の方	糖
	ヘマトリット			K			PT-INR ()	潜血反応
	血小板			Cl			心不全の方	ウロビリノーゲン
血液生化学	T-P		BUN		BNP ()	血圧	/	
	ALB		Crea		心電図所見 (年 月 日)			
	GOT		血糖	食前・食後	胸部X-P所見 (年 月 日)			
	GPT		TG					
	γ-GTP		CRP					
ALP								
HBs抗原 + -		梅毒						
HCV抗体 + -		その他						
結核性疾患								

(1) 日常生活の状態

寝たきり度 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
 認知症度 正常 I II a II b III a III b IV M

(2) 理解および記憶

短期記憶 問題なし 問題あり
 認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
 伝達能力 伝達可 いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 行動障害の有無

無し 有り 幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否
 徘徊 火の始末 不潔行為 異食行動
 その他()