

平成 年 月 日

主治医 先生 御侍史

社会福祉法人平成記念福祉会  
特別養護老人ホームたかとり

## 診療情報提供書作成依頼

日頃は、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、下記の患者様が当施設のサービス利用を希望されています。つきましては、現病、既往歴、治療経過、最近の検査結果、処方内容、その他の留意事項等をお教えいただきたく、別紙「診療情報提供書」の作成をお願いいたします。

日頃の診療等で大変お忙しいとは存じますが何卒ご理解、ご協力をお願い申し上げます。

### 【患者情報】

氏 名 様 性別  男性  女性

生年月日 M T S 年 月 日生 ( 歳 )

### 【利用サービス】

- 特別養護老人ホーム 入居
- 短期入所生活介護(ショートステイ)

尚、ご不明な点につきましては当施設生活相談員までお気軽にお問合せください。

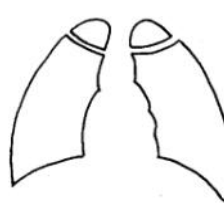
### 【連絡先】

奈良県高市郡高取町大字兵庫196  
社会福祉法人平成記念福祉会  
特別養護老人ホームたかとり  
電話 0744-52-1500  
FAX 0744-52-1501

# 診療情報提供書

社会福祉法人平成記念福祉会

特別養護老人ホーム たかとり 囑託医 宛

フリガナ			性別	生年月日		
氏名			男 女	M T S	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒		TEL — —			
病名・既往歴	1, _____		年 月	(その他)		
	2, _____		年 月			
	3, _____		年 月			
	4, _____		年 月			
	5, _____		年 月			
経過						
投薬内容	【お手数ですが、mg等の分量までご記入ください】					
機能訓練	可 ・ 不可	【留意事項】				
入浴	可 ・ 不可					
身長	cm	体重	kg	血圧	/	
障害高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
認知症高齢者の周辺症状		<input type="checkbox"/> HDS-RもしくはMMSE /30点 (平成 年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒		<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食・盗食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他				
感染症	HCV抗体	( - ・ + )	HBs抗原	( - ・ + )		
	TPHA	( - ・ + )	疥癬	( - ・ + )		
血液検査 ☆検査日 ( / )	WBC	総蛋白	胸部X線所見 (撮影日 平成 年 月 日) 異常所見 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) 			
	RBC	ALP				
	Hb	GOT				
	Ht	GPT				
	血糖	BUN				
	HbA1c	総コレステロール				
	Alb	中性脂肪				
心電図検査	異常所見 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
褥瘡含む皮膚疾患	異常所見 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
医療機関名	平成 年 月 日					
所在地						
TEL						
医師名					(印)	