

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
- 短気入所生活介護(ショートステイ)
- 通所介護(デイサービス)

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。

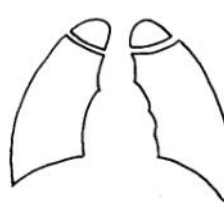
### 【連絡先】

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 _____	