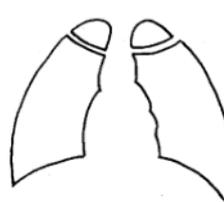


診療情報提供書

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 嘱託医 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					令和 年 月 日				
所在地									
TEL									
					医師名 _____ (印)				