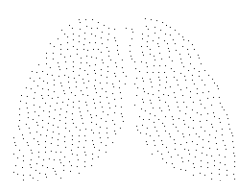


診療情報提供書

介護老人保健施設 カルチュエ住吉川

氏名	(男・女) T・S		年	月	日(歳)		
住所	〒 _____ ☎ _____ - _____						
傷病名							
既往症							
現在の病状 及び 治療状況							
投薬内容 及び処置	別紙添付(無 : 有)						
身体状況	血圧	/	mmHg	身長	cm	体重	kg
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢(左・右) <input type="checkbox"/> その他()				
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	点眼薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	
アレルギー	薬物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	食物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	
皮膚疾患	疥癬既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	その他()	
自立度	障害高齢者の日常生活自立度 : 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
	認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V						
認知症	認知症高齢者の行動心理症状の有無 <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"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()						
血液検査 (直近3ヶ月内 データ添付可)	白血球	GOT(AST)	血統	胸部X線写真所見  年 月 日撮影			
	赤血球	GPT(ALT)	HbA1c				
	ヘモグロビン	T-BIL	HBs抗原 (陰性・陽性)				
	ヘマトクリット	ALP	HCV抗体 (陰性・陽性)				
	血小板	LDH	ガラス板・TPHA (陰性・陽性)				
	血清蛋白	T-Cho	MRSA (陰性・陽性)				
	アルブミン	Na	部位(喀痰・咽頭・鼻腔)				
	尿素窒素	K	心電図異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	クレアチニン	CRP					
検尿	糖() 蛋白() 潜血()						
医療機関名						年 月 日	
電話番号						担当医師名	㊟