

診療情報提供書

介護老人保健施設 キーストーン
施設長 行

名称
住所
電話

科 医師名



氏名	フリガナ	男・女	M・T・S (西暦)	年 月 日生(歳)
	様			
利用区分	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア(通所リハビリ)			

診断名				
既往歴	1	(年 月 日発症)		
	2	(年 月 日発症)		
	3	(年 月 日発症)		
	4	(年 月 日発症)		
	5	(年 月 日発症)		
現病歴の経過				
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> その他 受診目的()			
医療行為・処置	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 尿道(バルーンカテーテル) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ペースメーカー植込 <input type="checkbox"/> 皮膚軟膏処置 () <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 () <input type="checkbox"/> インスリン (朝 単位 : 昼 単位 : 夕 単位 : 就寝前 単位) <input type="checkbox"/> その他 ()			
日常生活自立度	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・M)		
身体状況	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度) 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾病名、状態) 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾病名、状態) 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	身長 () cm 体重 () kg 血圧 (/)mmHg			
精神状況	認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HDS-R (/30)点 MMSE (/30)点 周辺症状 (幻視・幻覚・被害妄想・徘徊・暴言・暴力・昼夜逆転・異食 帰宅願望・収集癖・介護拒否・大声・危険行為(立ち上がり・柵越え) その他()			

臨床検査 所見	血液検査(年 月 日実施)			総コレステロール		mg/dL
	白血球数		/ μ L	中性脂肪		mg/dL
	赤血球数		$\times 10^4$ / μ L	HDLコレステロール		mg/dL
	ヘモグロビン		g/dL	尿酸		mg/dL
	ヘマトクリット		%	尿素窒素		mg/dL
	血小板数		$\times 10^4$ / μ L	クレアチニン		mg/dL
	総蛋白		g/dL	ナトリウム		mEq/L
	アルブミン		g/dL	カリウム		mEq/L
	GOT(AST)		U/L	クロール		mEq/L
	GPT(ALT)		U/L	CRP		mg/dL
	ALP		U/L	空腹時血糖		mg/dL
	LDH		U/L	HbA1C		%
	尿検査(年 月 日実施)			蛋白()	糖()	潜血()
	便検査(年 月 日実施)			潜血()		
	感染症検査(年 月 日実施)			TPHA	(+ -)	
	HBS抗原	(+ -)		HCV抗体	(+ -)	
	HBS抗体	(+ -)		結核性疾患		
	MRSA	咽頭・鼻腔・喀痰・その他の部位()			(+ -)	
	疥癬	(+ -)				
	胸部X線所見(年 月 日撮影)			心電図所見(年 月 日検査)		
						
処方内容	(点眼薬、軟膏などもご記入お願いします。)					