

# 診療情報提供書

記載日 平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別（男性・女性）  
生年月日（明・大・昭） 年 月 日

<b>疾患名</b>
<b>既往歴</b>
<b>これまでの治療経過を含む、最近の病状</b>
<b>処方内容</b>
<b>要介護度・日常生活の自立度等について</b> <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） <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"/> 自立 <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
<b>医学的管理を要する器具</b> （有・無）＜具体的に記載＞ （ 気管切開チューブ・経鼻胃管・胃瘻・尿道カテーテル・膀胱瘻・その他 ）
<b>食事制限</b> （有・無） ＜具体的に記載＞ （ ）
<b>認知に関連して</b> ・認知症（有・無） ・問題行動（有・無） ＜具体的に記載＞ （ ）
<b>皮膚トラブル</b> （有・無） ・褥創・白癬・疥癬・その他（部位： ）

\*裏面に続きます

**身体機能**

- ・四肢の変形・欠損（有・無）＜部位＞（ ）
- ・麻痺（有・無）＜部位＞（ ）
- ・知覚低下（有・無）＜部位＞（ ）
- ・筋力低下（有・無）＜部位＞（ ）
- ・関節拘縮（有・無）＜部位＞（ ）
- ・失調・不随意運動（有・無）＜部位＞（ ）

**身長**

cm

**体重**

kg

**検査所見**【実施日： 年 月 日】 検査データのコピー添付でも結構です**血液**

WBC		TP		BUN		FBS	
RBC		Alb		Cre		HbA1c	
Hb		AST(GOT)		Na		T-cho	
Hct		ALT(GPT)		K		TG	
Plt		ALP		Cl		LDH	
		γ-GTP		Ca		CRP	

尿	
糖	
蛋白	
潜血	

感染症				胸部 X 線【 年 月 日】
HBs 抗原		RPR		
HCV 抗体		MRSA		
TPHA				

**心電図所見**【実施日： 年 月 日】**その他 特記事項**

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

- ・入所ご希望の方につきましては、上記検査一式（3ヶ月以内のもの）お願いいたします。
- ・通所ご希望の方につきましては、感染症・胸部 X 線（3ヶ月以内のもの）は必須でお願いいたします。その他検査項目につきましては情報として必要とのご判断がありましたら、よろしくお願いいたします。

一般財団法人天誠会

介護老人保健施設小金井あんず苑

東京都小金井市前原町5-3-24

TEL：042-388-7511 FAX：042-388-7510