

# 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、太枠内の検査所見、心電図所見につきましては任意となります。受診時のデータ等ありましたら、ご記入ないしデータ写しの添付をよろしくお願いいたします。市健診の写しを添付いただいてもかまいません。

一般財団法人天誠会

介護老人保健施設あんず苑／あんず苑アネックス

東京都武蔵野市境 1-18-5

TEL：0422-36-6262 FAX：0422-36-6255