

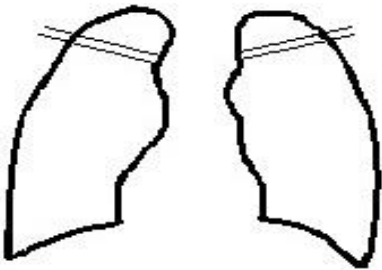
診療情報提供書

令和 年 月 日

所在地: 大阪市鶴見区諸口6丁目1番16号

施設名: 有料老人ホーム ゆうわ

施設長・担当医師 殿

氏名	生年月日 明・大・昭和 年 月 日 (歳)				
電話番号	住 所				
既往歴					
病名 ① ② ③ ④ ⑤	心電図所見 脈拍 /分				
アレルギー 無・有 ()					
尿検査	蛋白()・糖()・潜血()・ウロビリ()・不詳				
血液検査 ・ 感染症状	白血球数 / μ L	血糖 mg/dL	AST U/L	Na mEq/L	
	赤血球数 / μ L	HbA1c %	ALT U/L	K mEq/L	
	血色素量 g/dL	BUN mg/dL	γ -GTP IU/L	Cl mEq/L	
	Hct %	Cre mg/dL	T-Cho mg/dL	(その他)	
	血小板数 / μ L	TP g/dL	UA mg/dL		
	CRP mg/dL	Alb g/dL	Fe μ g/dL		
	HBS抗原()		皮膚の異常		
	HCV抗体()		<input type="checkbox"/> 異常無し <input type="checkbox"/> 異常あり		
	MRSA()		乾燥肌・湿疹・発赤・褥瘡		
	摂取部位:()		その他()		
疥 癬()		部位及び程度()			
胸部X線所見					
					
撮 影 令和 年 月 日					

身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
ADL状況	機能障害の有無	無・有 : 症状・原因(年	月
	移動	自立・一部介助・全面介助		食事	自立・一部介助・全面介助	
	着替	自立・一部介助・全面介助		入浴	自立・一部介助・全面介助	
	排泄	自立・一部介助・全面介助		整容	自立・一部介助・全面介助	
認知症 症状 無・有	<input type="checkbox"/> 記憶力低下(直前・最近・昔) <input type="checkbox"/> 見当識障害(時間・場所・人) <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 理解力低下 <input type="checkbox"/> 性格(人格)変化 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介助拒否 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 動作緩慢 <input type="checkbox"/> 食欲不振					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	長谷川式スケール (/30点)					
	内服薬及び症状の概要・食事制限等					
その他・特記事項						

上記の通り診断致します。 令和 年 月 日

住 所

電 話 番 号

医 療 機 関 名

医 師

印