

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

医療法人 春秋会 介護老人保健施設 きし
担当医 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過 (入院歴がある場合は、入退院日の記入もお願い致します)

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)
--

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 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
--

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

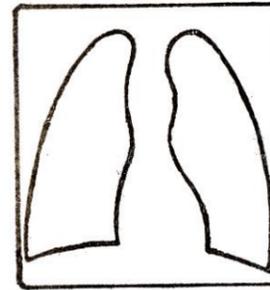
検査所見 (データは、できるだけ直近のものをお願いします)

※ 1、2、3、4、5に関しましては、必ずご記入下さい。

※ 6、7、8、9は、患者様の病歴や心身の状況に応じた主治医先生のご判断にてご記入下さい。

1. 胸部 X-P 入所・デイ・ショート(必須)

(撮影日 年 月 日)
※直近1か月以内の胸部レントゲンフィルム
又はディスクを添付してください。



6. 心電図 所見 入所のみ(必要に応じて)

(撮影日 年 月 日)

7. 尿一般検査 入所のみ(必要に応じて)

(検査日 年 月 日)

蛋白 ()

糖 ()

潜血 ()

8. 感染症(必要に応じて)

(検査日 年 月 日)

HBs抗原 (+ -) HCV抗体 (+ -)

HBs抗体 (+ -) TPHA (+ -)

MRSA (+ -)

9. アレルギー(必要に応じて)

薬剤 無・有 ()

食物 無・有 ()

2. 血液検査 入所・デイ・ショート(必須)

(検査日 年 月 日)

※3ヶ月以内の検査データの添付をお願いします。

必須項目(TP・ALB・BUN・CRP・Hb・Cr)

3. 身長・体重 入所・デイ・ショート(必須)

身長 _____ cm 体重 _____ Kg

4. 褥瘡(直近)

無・有

部位 ()

5. 疥癬(直近)

無・有

部位 ()

行動心理症状

徘徊(自宅内・外) 不潔行為 大声 怒る 被害妄想 収集癖 夜間騒ぐ 介護に抵抗

異食 暴行 その他

特記事項