介護老人保健施設利用のための診療情報提供書

三浦横須賀共通様式

フリガナ		男	生年月日
氏名	様	女	M、T、S　年　月　日　歳
住所	〒		
現在治療を受けている疾患	1、　4、　7、 2、　5、　8、 3、　6、　9、		
現病歴			
既往歴			
投薬内容（全科のものを含む）			

薬物アレルギー　無・有（　　）食物アレルギー　無・有（

①身長（　　cm）測定日（H　　/　　）体重（　　kg）測定日（H　　/　　）
②血圧　　/　　③不整脈　無・有　④経口摂取　可（食事介助　不要・要）不可
⑤誤嚥　無・有　⑥神経学的異常所見　無・有（　　）
⑦四肢拘縮　無・有（　　）⑧難聴　無・有　⑨言語障害　無・有
⑩視力障害　無・有（高度・中等度・軽度・年相応）
⑪座位保持　可・介助により可・介助しても不可
⑫起立　可・介助により可・介助しても不可
⑬歩行　独歩可・独歩可・介助により可・平行棒内可・全く不可
⑭杖、装具　不使用・使用　⑮衣類着脱　可・不可
⑯褥瘡　無・有（部位　　）
⑰失禁　無・有（小便・大便・両方）　⑱排泄　自立・オムツ・介助
⑲認知　無・軽度・中等度・高度（妄想・幻覚・奇声・独語・徘徊・その他）HDS-R　　点　MMSE　　点

感染症	MRSA（　　）HBV-Ag（　　）HCV（　　）Wa-R（　　）疥癬（　　）活動性結核（　　）その他							
血算 生化学	WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP	GOT	GPT
	TP	Alb	BUN	Cr	Na	K	Cl	
	T-cho	HDL	LDL	FBS	HbA1c	採決日（H　　/　　/　　）		
	※採血結果はデータの添付でも可							
胸部XP（3ヶ月以内のもの）	異常　無・有（							
心電図	異常　無・有（							

その他、入所中の処方変更の必要性、検査の必要性等について、主治医のご意見をご記入下さい。

年　　月　　日

医療機関名・診療科名

医師名　　印