

施設入所時 診療情報提供書 (統一書式)

平成 年 月 日

介護施設 (特養・老健・短期入所)

入所検討委員会 殿

記入に際してのお願い

1. 6か月以内の情報を記入してください。
2. 傷病名は処方内容と一致するようにお願いします。投薬不要ないし現在問題にならない疾患は「その他」に。
3. 検査データは、傷病名あるいは処方内容上必要なデータのみを記入してください。6か月以内の情報に限ります。
例:糖尿病ならHbA1C・空腹時血糖、腎不全ならBUN・クレアチニン、ワーファリン投与ならINR・トロンボテストなど。
4. この文書は介護各施設共通ですので、多施設申込の場合にコピーをする旨、ご了解ください。

医療機関の所在地 および名称	
TEL () - FAX () -	
医師氏名	印

フリカナ		男 ・ 女	明治・大正・昭和 (19 年) 年 月 日生 (歳)
氏名			
傷病名	1. _____ 年 月 日 (頃) 発症 2. _____ 年 月 日 (頃) 発症 3. _____ 年 月 日 (頃) 発症 4. その他: _____		
要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 (旧)		
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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"/> 正常 <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			
麻痺	無 有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度 重度
拘縮	無 有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度 重度
処置・装具	胃瘻 経鼻カテーテル 尿道カテーテル ペースメーカー ストマ 補聴器 コルセット 義歯 その他 ()	褥瘡	無 治癒 有 部位 ()
嚥下障害	無 軽度 高度	聴覚障害	無 軽度 高度
視力障害	無 軽度 高度	意思疎通障害	無 軽度 高度 (失語症・構音障害)
アレルギー	無 有 (薬物名 食物)		
HBs抗原	+ -	HCV抗体	+ -
		TPHA定性	+ -
		結核	無 有 (年月)
病歴補足、検査所見の特記事項、問題点 (疾病に関連する検査データを記入ください。例:糖尿病ならHbA1C、腎不全ならBUNなど)			
処 方 内 容			
循環器薬 呼吸器薬	眠剤 安定剤 精神科薬 糖尿病薬		
消化器薬	その他 分類不明		