

診療情報提供書・健康診断書

作成年月日： 年 月 日

ふりがな				
氏名				
住所				
生年月日	大・昭	年	月	日
傷病名	①			年 月頃
	②			年 月頃
	③			年 月頃
既往歴	①			年 月頃
	②			年 月頃
	③			年 月頃
血压	/			
現病歴				
内服薬				
感染症	W氏反応 (TPHA)	-	・	+
	HBs抗原	-	・	+
	HCV抗原	-	・	+
	皮膚疾患 (疥癬を含む)	-	・	+
	褥瘡	-	・	+
	MRSA (咽頭又は鼻腔)	検査不要	・	-
	肺結核症 (既往)	無	・	有
	胸X像	正常	・	異常 (年 月)
	胸X像所見 ()			
日常生活自立度等	①障害老人日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J 1	<input type="checkbox"/> J 2
	②認知症自立度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a
	③理解及び記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	
	・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	
	・日常生活を行う為の認知能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 見守りが必要
	・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 具体的要求のみ
	④問題行動の有無 (該当する項目に全てチェック)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	(有の場合)	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
		<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行為
	⑤介護サービス (入浴サービス、訪問介護、通所介護、通所リハ、短期入所) における医学的観点からの留意事項			
・血压について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 有 ()		
・嚥下について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 有 ()		
・摂食について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 有 ()	一部介助 ・ 全介助	
・食事形態について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 有 ()	きざみ ・ パースト ・ 経管栄養	
・移動について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 有 ()	杖 ・ 伝え歩き ・ 歩行器 ・ 車椅子	
・入浴について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 有 ()	一部介助 ・ リフト浴 ・ 特浴	
・その他	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 有 ()		
特記事項	その他、参考事項や要望事項がありましたらご記入下さい。			

上記のとおり診断します。なお、診断は診察時の状況に基づくものである。

住 所

医療機関名

医 師 名

印

◆感染症の箇所は全て埋めていただけますようお願いいたします。

◆過去3ヶ月以内の診断結果に基づきご記入いただけますようお願いいたします。

介護老人保健施設 レーク・ホロニー