

診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関所在地
 名称
 電話番号
 医師氏名

印

フリガナ 利用者氏名	様	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生(歳)	
現在治療中の疾患名					
既往歴及び治療状況(経過)					
服薬状況					
(検査項目) X線所見	1. 肺結核 (無 ・ 有) ◎ 胸部X線 2. その他所見 () (撮影年月日: 年 月)			皮膚疾患等 褥瘡 (無 ・ 有) 部位:() 留意事項: その他処置 (無 ・ 有)	
感染症	○ TPHA検査 (無 ・ 有) (検査日: 年 月)			※ 感染症の項目については、◎必須項目 ○検査していれば記入して下さい。	
	◎ HBs抗原 (無 ・ 有) (検査日: 年 月)				
	◎ HCV抗体 (無 ・ 有) (検査日: 年 月)				
	○ MRSA (無 ・ 有) (検査日: 年 月) 部位等 ()				
○ その他感染症疾患 ()					
認知高齢者生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		認知症	無・有 徘徊・奇声・異食・不穏・妄想・昼夜逆転・その他	
障害高齢者生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		アレルギー	無・有()	
ADL状況	移動	歩行・車椅子・寝たきり		移乗	自立・見守り・一部介助・全介助
	排泄	自立・一部介助・全介助		食事	自立・見守り・一部介助・全介助
	麻痺	無・有()		入浴	自立・見守り・一部介助・全介助
	拘縮	無・有()		嚥下障害	無・有()
療養食の有無	(有 ・ 無) 腎臓食・糖尿食(Kcal)・流動食・その他() 療養食指示内容:() とろみ使用 無・有()				
血圧・脈拍	血圧 / mmHg 脈拍 回/分		身体状況	身長	cm
	1. 高めの傾向 2. 低めの傾向 3. 変動が大きい			体重	kg
その他特記事項					
本診療情報提供書が施設サービス計画作成に利用されることに				<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	