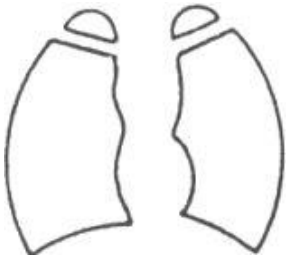


診療情報提供書

ふりがな		性別	西暦 年 月 日生 (歳)		
氏名			採血結果 採血日 年 月 日		
現病歴 (手術の場合術式をお願い致します)			TP	HGB	
			アルブミン		
既往歴			AST(GOT)		
			ALT(GPT)		
内服薬 インシュリン 有・無 (単位)			r-GTP		
			総コレステロール		
身長			中性脂肪		
			HDL-コレステロール		
体重			LDL-コレステロール		
			Na	尿	
BMI			K	蛋白	
			Cl	潜血	
精神状態 (認知症状等)			BUN	糖	
			クレアチニン	ウロビリノーゲン	
認知症の有無(有・無)有の場合の日常生活度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			CRP	ビリルゲン	
			血糖	PH	
胸部レントゲン所見 			空腹時又は h後		
			HbA1C(DMがある時)		
心電図所見			特記事項		
異常 有・無			上記のとおり情報を提供いたします。 令和 年 月 日		
月 日					
感染性疾患		①MRSA (- ・ +) 部位 ()	所在地 医療機関名 医師		
		②HBs抗原 (- ・ +)			
皮膚疾患		疥癬 (- ・ +)	褥瘡	(印)	
			湿疹		

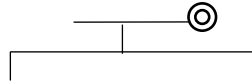
内容				
食事	形態	常食・粥()・刻み()・一口大・ペースト		
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク) ・一部介助 ・ 全介助		
	制限	カロリー() ・塩分() その他()		
	好き嫌い	好() 嫌() ・禁食() ※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願いいたします。		
	水分	とろみ(有 ・ 無) 他(ストロー使用等)		
	問題・工夫			
排泄	方法	日中:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ		
		夜間:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ		
	尿意・便意の有無	有 無		
	1日の排泄回数	日中(回) 夜間(回)		
	便秘の有無	有 ・ 無		
	夜間の対応	自立 ・ 定時の声掛け		
問題・工夫				
清潔	方法	一般 ・ 機械 ・ 他		
	洗身	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	洗髪	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	問題・工夫			
更衣	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	ボタンのかけはずし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	ズボンの上げ下ろし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	靴下着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	問題・工夫			
移動	歩行	自立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ つたえ歩行 ・ 這う ・ 車椅子 ・ シルバーカー ・ 手引き歩		
	ふらつき	有 ・ 無 (転倒の危険性 有 ・ 無)		
	車椅子操作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	座位保持	可能 ・ 不可 ・ 傾斜(右 ・ 左)		
		車椅子からの立ち上がりの危険性 有 ・ 無		
	立位保持	可能 ・ 不可 可能な場合おおよその時間()		
	問題・工夫			
	身の回り	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	義歯管理
起き上がり		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	爪切り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
歯磨き		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	髭剃り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
うがい		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	手洗い	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
洗顔		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
意思疎通		可能 ・ 不可		
問題行動	有 ・ 無			
視力・聴力	視力:() 聴力()			
運動障害	有 ・ 無			
麻痺	有 ・ 無 部位:			
拘縮	有 ・ 無 部位:			
問題行動	徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 夜間せん妄			
	放尿 ・ 異食 ・ 盗食 ・ 暴力行為 ・ 収集癖 ・ オムツいじり			
	その他()			

家族構成等記入票

様

家族構成

*ご本人には◎を付け、同居のご家族は○で囲んで下さい。



性格

生活歴・入所までの経緯

既往歴(病名・入院先・治療状態)※完治の場合いつ完治したのか日付も記入