

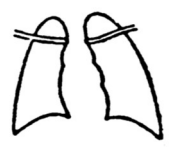
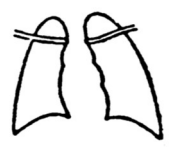
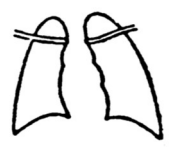
# 診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関 所在地  
 名称  
 電話番号  
 担当医 印

(ふりがな)		男・女	明治・大正・昭和	年	月	日
氏名			( 歳)			
住所	電話 — —					
現病名						
既往歴	1)	(発病 年 月)	2)	(発病 年 月)		
	3)	(発病 年 月)	4)	(発病 年 月)		
	5)	(発病 年 月)	6)	(発病 年 月)		
	7)	(発病 年 月)	8)	(発病 年 月)		
主疾患の経過・治療内容						
現在の処方						
日常生活の自立度について						
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <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						
リハビリテーションへの指示(通所介護利用者のみ)						
リハビリ実施 可能 不可能(リハビリ可能範囲) 血圧 ~ / ~ 脈拍 回 ~ 回 SPO2 %以上 指示内容(基本動作練習、歩行練習、日常生活動作練習、廃用予防、マッサージ、その他) リハビリ実施にあたり注意事項 (有・無)						

カルフル・ド・ルポ印南

検査	○ 感染症 【梅毒( + - ) 肝炎HBS抗原( + - ) 肝炎HCV抗体( + - ) 【MRSA( + - ) [部位] 【疥癬( + - ) [部位]	<table border="1"> <tr> <th>撮影区分</th> <th>エックス線像</th> </tr> <tr> <td>直接</td> <td rowspan="2">  </td> </tr> <tr> <td>間接</td> </tr> </table>	撮影区分	エックス線像	直接		間接
	撮影区分		エックス線像				
直接							
間接							
所見	○ 胸部X-P 異常なし 異常あり 所見: ○ 心電図 異常なし 異常あり 所見: ○ 糖尿病 血糖値( ) ○ 血糖値測定 有 無 回数( ) インスリン注射:種類( )単位( )回数( )						
身体状況	○ 視力障害(有・無) 聴力障害(有・無) 言語障害(有・無) 嚥下障害(有・無) ○ 麻痺(有・無) (右・左) 拘縮(有・無) (部位)						
その他	○ 医療的管理を要するもの(有・無) PEG:造設日( )種類( )次回交換日( ) 導尿:有・無 頻度( ) バルン留置:F r ( ) 交換頻度( ) 吸引:( ) 経管栄養:( cm固定) 交換日( ) ○ 認知症の症状(有・無)(徘徊・不潔行為・暴言暴行・異食・被害妄想・収集癖 その他) ○ 皮膚疾患 褥瘡(有 無) 部位と状態 ○ アレルギー(有・無)(薬剤、食品、花粉)						
利用上の意見	上記所見より ○ 離床 可能 不可能 安静(血圧 ~ / ~ ) 脈 回 ○ 入浴 可能 不可能 清拭 (入浴可能範囲) 血圧 ~ / ~ 脈拍 回 ~ 回 SPO2 %以上 ○ 総合的所見(救急搬送,受診が必要な場合,特記事項があればご記入下さい)						