

診療情報提供書

社会福祉法人 優心会
特別養護老人ホーム こうのとりの
医務室医師宛
連絡先:06-6700-8000

令和 年 月 日

紹介元医療機関
名称
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

印

ふりがな		男	生年月日				
氏名		女	大正・昭和	年	月	日	()歳
診断名	発症年月日						
1	昭和・平成・令和	年	月	日	頃		
2	昭和・平成・令和	年	月	日	頃		
3	昭和・平成・令和	年	月	日	頃		
4	昭和・平成・令和	年	月	日	頃		
5	昭和・平成・令和	年	月	日	頃		

(その他、疾患がある場合は現病歴・治療経過の中に御記入ください)

既往歴

現病歴・治療経過 (特に、障害の直接原因となっている傷病の経過および治療内容)

日常生活の自立度等について

① 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)
自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

② 認知症高齢者の日常生活自立度
自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

処方 (処方内容は現在内服・外用されている薬をすべて御記入ください)

下記の場合に使用した薬剤、使用が推奨される薬剤があれば御記入ください

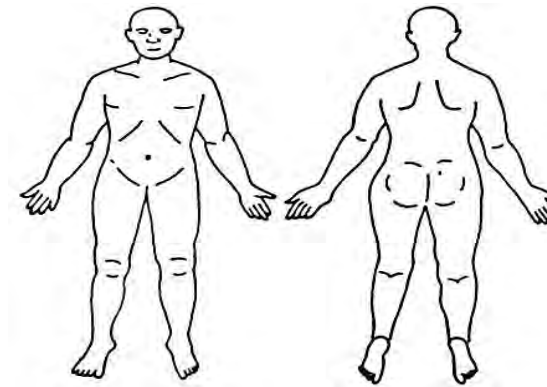
発熱時 ()	使用済み・推奨	便秘時 ()	使用済み・推奨
不眠時 ()	使用済み・推奨	不穏時 ()	使用済み・推奨
疼痛時 ()	使用済み・推奨		

アレルギー

薬剤 (有・無) ()

食物 (有・無) ()

身体状況 (四肢欠損、関節拘縮、麻痺、失調、不随運動、褥瘡、その他の皮膚疾患)



身長 _____ cm 体重 _____ Kg SPO₂ _____ % 脈拍 _____ /分 血圧 _____ mmHg

その他特記すべき事項や介護に関するご意見 (リハビリを行うときの注意点なども御記入ください)

検査所見 (検査結果があれば検査結果コピーの添付もしくは所見を御記入ください)

感染症 (年 月 日)
 HBS抗原 (+・-) HCV抗体 (+・-) Wa氏反応 (+・-)
 その他の感染症 ()

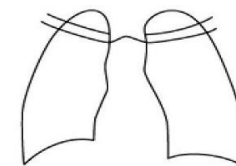
血液一般・生化学的検査 (年 月 日)

RBC	10 ⁶ /μl	WBC	10 ³ /μl	Hb	g/dl	Ht	%	Plat	10 ⁴ /μl
TP	g/dl	Alb	g/dl	A/G		TC	mg/dl	TG	mg/dl
HDL-C	mg/dl	ALP	IU/l	GOT	IU/l	GPT	IU/l	r-GTP	IU/l
T-Bil	mg/dl	LDH	IU/l	Amy	IU/l	BUN	mg/dl	Cr	mg/dl
UA	mg/dl	BS	mg/dl	Na	mEq/l	K	mEq/l	Cl	mEq/l
Fe	μg/dl	CRP	mg/dl						

尿一般検査 (年 月 日)

蛋白	糖	潜血
----	---	----

胸部レントゲン所見 (年 月 日) 心電図所見 (年 月 日)



その他エコー・CT・MRIなどの機能的・形態学的な検査