

介護老人保健施設利用のための診療情報提供書・健康診断書

三浦横須賀共通様式

フリガナ		性別	患者ID					
氏名			生年月日					
住所								
現在治療を受けている疾患	1. 2. 3.							
現病歴								
既往歴								
投薬内容 (全科のものを含む)								
薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有() 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()								
① 身長(cm) 測定日(R / /) 体重(kg) 測定日(R / /) ② 血圧 / ③ 不整脈 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ④ 経口摂取 <input type="checkbox"/> 可(食事介助 <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 要) <input type="checkbox"/> 不可 ⑤ 誤嚥 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⑥ 神経学的異常所見 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有() ⑦ 四肢拘縮 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有() ⑧ 難聴 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⑨ 言語障害 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⑩ 視力障害 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 高度・ <input type="checkbox"/> 中等度・ <input type="checkbox"/> 軽度・ <input type="checkbox"/> 年相応) ⑪ 座位保持 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 介助により可・ <input type="checkbox"/> 介助しても不可 ⑫ 起立 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 介助により可・ <input type="checkbox"/> 介助しても不可 ⑬ 歩行 <input type="checkbox"/> 独歩可・ <input type="checkbox"/> 介助により可・ <input type="checkbox"/> 平行棒内可・ <input type="checkbox"/> 全く不可 ⑭ 杖・装具 <input type="checkbox"/> 不使用・ <input type="checkbox"/> 使用 ⑮ 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 ⑯ 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(部位) ⑰ 失禁 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 小便・ <input type="checkbox"/> 大便・ <input type="checkbox"/> 両方) ⑱ 排泄 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> オムツ・ <input type="checkbox"/> 介助 ⑲ 認知 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 軽度・ <input type="checkbox"/> 中等度・ <input type="checkbox"/> 高度(<input type="checkbox"/> 妄想・ <input type="checkbox"/> 幻覚・ <input type="checkbox"/> 奇声・ <input type="checkbox"/> 独語・ <input type="checkbox"/> 徘徊・ <input type="checkbox"/> その他) HDS-R 点 MMSE 点								
感染症	MRSA() HBV-Ag() HCV() Wa-R() 疥癬() 活動性結核() その他()							
血算 生化学	WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP	GOT	GPT
	TP	Alb	BUN	Cr	Na	K	Cl	
	T-cho	HDL	LDL	FBS	HbA1c	採血日(H / /)		
	※採血結果はデータの添付でも可							
胸部XP (3か月以内のもの)	異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()							
心電図	異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()							
その他、入所中の処方変更の必要性、検査の必要性等について、主治医のご意見をご記入ください。								

年 月 日

医療機関名・診療科名
医師名