

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム ばんなぐろ

施設長 行

医療機関の

所在地及び

名称

担当医師名

印

患者	氏名		男・女
	生年月日	M・T・S 年 月 日生	( 歳)

紹介目的	(紹介後の方針に関する希望)				
患者に関する注意事項	認知症の状況	記憶障害	軽い物忘れ	中等度記憶障害	重度記憶障害
		見当識障害	時間(常に・時々)	場所(常に・時々)	人物(常に・時々)
		問題行動	昼夜逆転・徘徊・独語・不穏・弄便・奇声・幻覚妄想		
		その他			
	A	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	D	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食( ) <input type="checkbox"/> 粥食( 分粥・ )		
			<input type="checkbox"/> 特食( <input type="checkbox"/> 糖尿( cal) <input type="checkbox"/> 減塩( g) 他( )		
	そ	排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ( )		
	の	尿道カテーテル等(有・無)   ストーマ(有・無)   気管切開(有・無)			
	他	感染症	有・無	ワ氏・HB・MRSA・その他( )	
備考	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)		正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		

主訴	病名		
	主訴		
既往歴等	既往歴等		
	薬剤アレルギー	:	
現病歴			
治療経過			
現在の処方	<投薬>		<点滴・注射>
検査所見	生化学的所見		
	血液学検査所見		
	尿検査的所見		
	ECG所見		
	その他の所見		