

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)			
	認知症の状況	記憶障害	軽い物忘れ	中等度記憶障害
患者に関する注意事項	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	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		
その他	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()		
その他	排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ()		
	尿道カテーテル等(有・無) ストーマ(有・無) 気管切開(有・無)			
備考	感染症	有・無	ワ氏・HB・MRSA・その他()	
	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	胸部X-P
検査所見	血液学検査所見		
	尿検査的所見		
	ECG所見		
	その他の所見		