

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

特別養護老人ホームほとり

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・ )  |                   |           |
|            | L      |       | <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)  |                   |           |
|            |        | 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 |

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

|        |           |         |       |
|--------|-----------|---------|-------|
| 主訴又は病名 | 病名        |         |       |
|        | 主訴        |         |       |
|        | 既往歴等      |         |       |
| 現病歴    | 薬剤アレルギー : |         |       |
| 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 |
|        | 血液学検査所見   |         |       |
|        | 尿検査的所見    |         |       |
|        | ECG所見     |         |       |
|        | その他の所見    |         |       |