

施設入所時 診療情報提供書(統一書式)

介護施設(特養・老健・短期入所)

20__年__月__日

入所検討委員会 殿

記入に際してのお願い

医療機関の所在地
および名称

TEL() - FAX() -

医師氏名 印

1. 6か月以内の情報を記入してください。
2. 傷病名は処方内容と一致するようにお願いします。投薬不要ないし現在問題にならない疾患は「その他」に。
3. 検査データは、傷病名あるいは処方内容上必要なデータのみを記入してください。6か月以内の情報に限りです。
例：糖尿病ならHbA1C・空腹時血糖、腎不全ならBUN・クレアチニン、ワーファリン投与ならINR・トロンボテストなど。
4. この文書は介護施設共通ですので、他施設申込の場合にコピーする旨、ご了解ください。

フリカナ		男	明治・大正・昭和 (19 年)		
氏名		女	年	月	日生(歳)
傷病名	1. _____	年	月	日	(頃)発症
	2. _____	年	月	日	(頃)発症
	3. _____	年	月	日	(頃)発症
	4. その他:				
要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中(旧)				
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
認知症の行動・心理症状 (該当する項目全てチェック。認知症以外の疾患で同様の症状をみとめる場合を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()					
麻痺	無 有(右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度	重度	
拘縮	無 有(右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度	重度	
処置・装具	胃瘻 経鼻カテーテル 尿道カテーテル ベースメーカー ストマ 補聴器 コルセット 義歯 その他()	褥瘡	無	治癒	有 部位()
嚥下障害	無 軽度 高度	聴覚障害	無 軽度 高度	意思疎通障害 : 無 軽度 高度(失語症・構音障害)	
視力障害	無 軽度 高度	アレルギー	無 有 (薬物名	食物)	
HBs抗原	+ -	HCV抗体	+ -	TPHA定性	+ - 結核 無 有(年月)
新型コロナワクチン	無 有(回接種)	他科HPIに定期受診有無 無 有			
病歴補足、検査所見の特記事項、問題点(疾病に関連する検査データを記入ください。例:糖尿病ならHbA1C、腎不全ならBUNなど)					
処 方 内 容					