

診療情報提供書

利用者 氏名		男 女	M. T. S. H	年 (歳)	月 日
住所	〒 - 電話 () -				
利用目的					
病名					
既往症	結核 (+、-) 胸部 X-P 所見 ()				
認知症状	無・有 (状況)				
問題行動	無・有 (状況)				
麻痺	無・有 上肢 (左・右) 下肢 (左・右) その他 ()				
拘縮	無・有 上肢 (左・右) 下肢 (左・右) その他 ()				
意識障害	無・有 ()	言語障害	無・有 (失語症・構音障害)		
褥瘡	無・有 ()	浮腫	無・有 ()		
聴力障害	無・有 (補聴器)	視力障害	無・有 (眼鏡)		
血液検査	HBs (+、-), HCV (+、-), WaR (+、-)				
アレルギー	無・有 ()	MRSA	無・有 部位 ()		
食事	自立、一部介助、全介助 (普通食、分粥、刻み、ペースト、経管栄養)				
排泄	自立、一部介助、全介助 (バルーン、オムツ、尿器、P-トイレ、トイレ)				
更衣	自立、一部介助、全介助				
歩行	自立、一部介助、全介助 (杖、歩行器、老人車、車椅子)				
入浴	自立、一部介助、全介助 (一般浴・特殊浴)				
要介護度	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
連絡先	殿 (続柄)	電話	() -		
特記事項 や問題点					
総合所見 及び処方					
医療機関・施設名	令和 年 月 日				
医師氏名	先生 印				