

# 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、 <u>分粥</u> 、 <u>刻み</u> 、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	先生 印					