

紹介医の意見（診療情報提供書）

*介護保険：有・無・申請中

フリガナ 患者名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）	身長 cm・体重 kg	
住所				TEL ()	
傷病名				発症年月日 年 月 日	
合併症					
麻痺の状態	無・有	左・右	<input type="checkbox"/> 上肢（重・中・軽） <input type="checkbox"/> 下肢（重・中・軽）		
	痙性・弛緩性・拘縮（部位・状態）				
褥瘡	無・有 [部位 大きさ] 処置 ()				
認知症 <small>※具体的な症状→</small>	無・軽・高	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 記銘力低下 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他()			
	身体拘束：無・有 ()		離床センサー等の使用：無・有 ()		
言語障害	無・失語症（重・中・軽）・構音障害（重・中・軽）				
視力障害	無・軽度・高度() [眼鏡：有・無]		聴力	正常・難聴() [補聴器：有・無]	
感染症疾患	無・有 [HBs抗原・ワッセルマン・MRSA・結核・HCV抗体・皮膚感染・その他 ()]				
検査データ (年 月 日)	T P()・ALB()・BUN()・Cr()・CRP()				
	WBC()・Hb()・PLT()・BNP()--可能なら				
インスリン	無・有 [薬剤名:単位(朝 昼 夕 就寝前)]				
処置⇒	吸引	無・有(頻度 回/日)	酸素	無・有(マスク・カヌー)(L) 褥瘡 無・有(部位)	
日常生活動作	食事動作	自立・見守り・一部介助() 全介助()		<input type="checkbox"/> 嚥下障害	
	食事形態	主食	常食・全粥・その他()		
		副食	常菜・軟菜・刻み・ミキサー・その他()		
	排泄動作	経口・経管栄養(鼻腔・胃瘻・腸瘻)(品名)			
		日中	自立・見守り・一部介助() 全介助	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ	
		夜間	自立・見守り・一部介助() 全介助	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ	
	便意	有・無	尿意	有・無	<input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル(外す予定日) <input type="checkbox"/> ストマ
	衣服着脱	自立・見守り・一部介助()・全介助()			
	入浴動作	自立・見守り・一部介助()・全介助		一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭 ()	
	寝返り動作	自立・見守り・一部介助()・全介助()			
坐位保持	自立・見守り・一部介助()・全介助()				
立位	自立・見守り・一部介助()・全介助()				
車椅子移乗	自立・見守り・一部介助()・全介助		操作	自立・見守り・一部介助()・全介助	
歩行	自立・見守り・一部介助()・全介助()・不可能				
	独歩 m・杖() m・歩行器 m・その他() m				
睡眠	良眠・時々不眠・不眠		眠剤(無・有)	ナースコール 押せる・押せない	
コミュニケーション	自由・やや困難・不可能		理解力	有・少し有・無	

〔現在診療を受けている主治医の先生にご依頼ください〕

これまでの経過と処方内容(貴院所定の診療情報提供書を使用される場合はADL情報・検査データ・処方内容の添付もお願い致します)

平成 年 月 日	所在地	医療機関名	TEL	担当医師名
----------	-----	-------	-----	-------

