

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	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)				
認知症 ※具体的な症状→	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)]				
褥瘡	無・有 [部位 大きさ] 処置 ()				
吸引	無・有 (頻度 回/日 程度)	酸素	無・有 (マスク・カヌラ) (使用量 L)		
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)	摂取量	10~7割・6~4割・3割以下	
		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	
	衣服着脱	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
		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)

年 月 日	所在地
	医療機関名
	T E L
	担当医師名

