

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	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（ ）					
	※具体的な症状→										
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）							
超音波骨折治療器	無・有（セーフス・アケラス2・その他）		酸素系機器	無・有（HOT・CPAP・BiPAP・NIP・その他）							
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（ cm大）・ミキサー・その他（ ）				
		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			
	排泄動作	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）

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

