

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関の所在地及び名所

寝たきり度(J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 自立) 要介護度( ) 電話番号

痴呆性老人日常生活自立度(I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M 異常なし) 医師名

|   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
| 氏名  | 性別 男・女   | 生年月日<br>M・T・S 年 月 日 歳 |
| 住所  | 身長: cm<br>体重: kg   | 電話番号 ( )              |
| 入院期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日まで  |                       |
| 通院期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日まで 通院中  |                       |
| 診断名(発症年月日)  | 既往歴(発症年月日)   |                       |
| 治療状況・方針・特に注意を要する症状※ 血液検査データがありましたら、添付をお願い致します。  |  |                       |
| 処方内容  | <b>感染症などの状況 ※必須</b><br>結核性疾患(有・無) 胸部レントゲン診断日( / )<br>TPHA(有・無)<br>ウイルス性肝炎(有・無) ※B型 C型 その他<br>※下記項目は症状がある方のみ<br>MRSA その他( ) |                       |
| 医療器具等の装着状況(該当するものに○をつけてください)<br>留置カテーテル 経管栄養 胃瘻チューブ 膀胱瘻 人工肛門 気管切開 在宅酸素<br>その他( )<br>処置または交換期間( 回/ 週)  |  |                       |
| 入浴サービス・リハビリ指示事項<br>収縮期血圧 _____ 以上又は _____ 以下は禁 脈拍 _____ 以上又は _____ 以下は禁<br>拡張期血圧 _____ 以上又は _____ 以下は禁 体温 _____ °C以上は禁                                  |  |                       |
| 日常生活動作(ADL)状況 (該当するものに○をつけてください)<br>移動 (自立・一部介助・全介助) 食事 (自立・一部介助・全介助) 排泄 (自立・一部介助・全介助)<br>入浴 (自立・一部介助・全介助) 着替 (自立・一部介助・全介助) 整容 (自立・一部介助・全介助)<br>意思疎通( ) |  |                       |
| その他注意事項   |  |                       |