

介護保険施設診療情報提供書

作成日 令和 年 月 日

【紹介先】
医療法人社団 三和会
介護老人保健施設
ジェロントピア菊華

【紹介元】
医療・福祉機関名

住 所
電 話 FAX
医師名 印

患者(利用者)氏名		生年月日 明 大 昭 年 月 日 (歳)	
住 所		電 話	
連絡先住所・氏名		電 話	
介護度	1・2・3・4・5	寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知度	正・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		

診断名
既往疾患
現病歴及び現症
他科(眼科・精神科・整形外科・皮膚科等)の受診状況〔過去・現在〕
現在の処方

臨床検査所見 (3ヶ月以内)		年 月 日 実施					
血 液	白血球数	/μl	ALP	IU/L	尿	蛋白	()
	赤血球数	万/μl	LDH	IU/L		糖	()
	血色素量	g/dl	尿素窒素	mg/dl	心電図	潜血	()
	ヘマトクリット	%	クレアチニン	mg/dl		胸部レントゲン	
	血小板数	万/μl	空腹血糖	mg/dl			
	総蛋白	g/dl	HbA1c	%			
	アルブミン	g/dl	Na	mEq/l			
	総コレステロール	mg/dl	K	mEq/l			
	中性脂肪	mg/dl	CL	mEq/l			
	GOT	IU/L	CRP	mg/dl			
	GPT	IU/L	TPHA	()			
	γ-GTP	IU/L	HBs抗原	()			
	MRSA	陰性・陽性()	HCV抗体	()			
身長=	cm	体重=	Kg				

医療処置

点滴の管理 酸素療法 (L /分) 吸引 (回/日)

インシュリン注射 血糖測定 (回/日) 経管栄養 (胃ろう 腸ろう 経鼻)

バルンカテーテル 人工肛門 人工膀胱 褥瘡の処置

気管切開の処置 透析 疼痛の管理 (経口 注射 座薬 その他)

高次脳障害 (有 ・ 無)	皮膚所見 (湿疹・褥瘡、疥癬の既往、等)
精神状態所見 (慢性中毒症状 認知症による不適応行動等)	
*HDS-R= 点	
<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他(
介護上留意すべき事項	

当施設ご入所申請にあたり心身状況把握の為ご記入をお願いします。