

介護老人福祉施設 高清水寿光園 診療情報提供書

◎この診療情報提供書を基に検討させていただきますので、ご協力お願い致します。

フリガナ				
氏名	男・女	明・大・昭	年 月 日 生	(歳)
病名				
既往歴				
現在の処方				
身長	cm	体重	kg	血压 ~ mmHg
認知症	有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) ・ 無 HDS-R 点			
問題行動	有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 } ・ 無 <input type="checkbox"/> その他()			
皮膚疾患	有 () ・ 無			
現症	不整脈	(有 ・ 無)	経管栄養	(有 ・ 無)
	浮腫	(有 ・ 無)	気管カニューレ	(有 ・ 無)
	アレルギー	食品 (有 ・ 無) 薬品 (有 ・ 無)	膀胱カテーテル	(有 ・ 無)

※ 検査結果は、概ね3ヶ月以内のデータをお願いします。

尿検査	蛋白 () 糖 () 潜血 ()
尿沈査	赤血球 () 白血球 () 細菌 ()
感染症	HBs抗原 () HCV () RPR定性 ()
	MRSA () ^{MRSA (+)の場合} → (尿・痰)
血液学的検査	血液型 () WBC () RBC ()
	PLT () Hb () HT ()
生化学検査	TP () AST () ALT ()
	r-GTP () T・Cho () TG ()
検査実施日 令和 年 月 日	UA () BUN () Cr ()
	Na () K () FBS ()
	CRP () ALB () HbA1c ()
心電図検査	
(検査日) 令和 年 月 日 (異常所見) 有・無	胸部X線撮影
所見及び今後の診察に関する情報	
令和 年 月 日	
医療機関名	
医師	
印	

(撮影日) 令和 年 月 日
(異常所見) 有・無

