

## 診 療 情 報 提 供 書

- 1 これは「特別養護老人ホーム南寿園」へ入所申し込み添付する診療情報提供書です。  
 2 この診療情報提供書を基に入所検討をさせていただきますので、ご協力をお願い致します。

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	M・T・S 年 月 日 ( )歳
住 所	〒 - 電 話		
介護認定	・認定なし ・申請中 ・認定済 要介護( )有効期限 年 月 日		
既往歴 及び 病 名  ※現在治療中の病名があれば番号を○で囲んで下さい。	1	発症年月日	
	2	発症年月日	
	3	発症年月日	
	4	発症年月日	
	5	発症年月日	
	6	発症年月日	
生活歴	※貴病院へ入院、通院又は貴介護保険関係施設入所までの経緯等の記入をお願いします。		
血液型:	型	身長:	cm 体重: kg 血圧: ~ mmhg
感 染 症	HBsAg		TPHA法
	HCV		MRSA
認 知 症	・ 有 (軽度・中度・重度 ※HDS-R 点 年 月 日) ・ 無		
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"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他( ) ・ 無		
皮 膚 病	・疥癬 ・ 白癬 ・皮膚掻痒感 ・その他( )		
移 動	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助		
食 事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助		
嚥下機能	・できる ・やや困難 ・できない(経管栄養 : 経鼻胃管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)		
排 泄	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・フォーレカテーテル ・オムツ		
更 衣	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助		

検査日: 年 月 日		心電図検査(コピー添付可)	胸部レントゲン(コピー添付可)
尿 検 査	蛋白	検査日: 年 月 日  異常所見 有 ・ 無	検査日: 年 月 日  (3ヶ月以内の写真) 異常所見 有 ・ 無
	糖		
	潜血		
	RBC		
	Hb		
	Hct		
血 液 学 的 検 査	PLT		
	WBC		
	アルブミン		
生 化 学 検 査	TP	T-cho	Na
	AST	T-G	K
	ALT	BUN	Cl
	γ-GTP	CRE	FBS
	LDH	UA	HbA1c
所 見 ・ 及 び 今 後 の 診 察 ・ 特 記 事 項	○貴病院・介護保険関係施設へ入院、入所後等の経過について記入をお願いします。		現在の処方内容 (処方箋等のコピー添付可)  ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥  ⑦

令和 年 月 日  
住 所  
病 院 ・ 施設名称  
医 師 ・ 施設長

印