

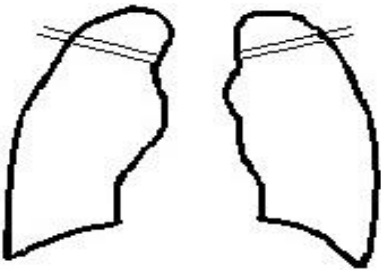
診療情報提供書

年 月 日

所在地: 大阪市鶴見区諸口6丁目2番7号

施設名: ケアハウス グリーンシティ秀和

施設長 蓮間友希 殿

氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)						
電話番号		住 所						
既往歴								
病名 ① ② ③ ④ ⑤				心電図所見 脈拍 /分				
アレルギー 無・有 ()								
尿検査		蛋白()・糖()・潜血()・ウロビリ()・不詳						
血液検査 ・ 感染症状	白血球数	/ μ L	血糖	mg/dL	AST	U/L	Na	mEq/L
	赤血球数	/ μ L	HbA1c	%	ALT	U/L	K	mEq/L
	血色素量	g/dL	BUN	mg/dL	γ -GTP	IU/L	Cl	mEq/L
	Hct	%	Cre	mg/dL	T-Cho	mg/dL	(その他)	
	血小板数	/ μ L	TP	g/dL	UA	mg/dL		
	CRP	mg/dL	Alb	g/dL	Fe	μ g/dL		
	HBS抗原()				皮膚の異常 <input type="checkbox"/> 異常無し <input type="checkbox"/> 異常あり 乾燥肌・湿疹・発赤・褥瘡 その他() 部位及び程度()			
	HCV抗体()							
	MRSA()							
	摂取部位:()							
疥 癬()								
胸部X線所見								
				撮 影 年 月 日				

身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
ADL状況	機能障害の有無	無・有 : 症状・原因()			利き腕	右・左
	移動	自立・一部介助・全面介助		食事	自立・一部介助・全面介助	
	着替	自立・一部介助・全面介助		入浴	自立・一部介助・全面介助	
	排泄	自立・一部介助・全面介助		整容	自立・一部介助・全面介助	
認知症 無・有 症状	<input type="checkbox"/> 記憶力低下(直前・最近・昔) <input type="checkbox"/> 見当識障害(時間・場所・人) <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 理解力低下 <input type="checkbox"/> 性格(人格)変化 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介助拒否 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 動作緩慢 <input type="checkbox"/> 食欲不振					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	長谷川式スケール (/30点)					
	内服薬及び症状の概要・食事制限等					
その他・特記事項						

上記の通り診断致します。

年 月 日

住 所

電 話 番 号

医 療 機 関 名

医 師

印