

診療情報提供書

(宇陀市介護老人保健施設さんとおびあ榛原)

氏名		性別	男女	年齢	才
傷病名		診断日		傷病名	
1	(年 月 日)	4	(年 月 日)		
2	(年 月 日)	5	(年 月 日)		
3	(年 月 日)	6	(年 月 日)		
既往歴			家族歴		
現病歴および治療経過					
現在の処方内容					
現 症	呼吸器		視力障害 無・有 (病名)		
	循環器		聴力障害 無・有 (病名)		
	消化器		皮膚疾患 無・有 (病名 ())		
	精神障害		疥癬・褥瘡 無・有 ()		
	認知症の有無	無・有 (軽度・中等度・重度)	四肢及び運動障害 無・有 ()		
	問題行動	()	麻痺 無・有 ()		
その他特記事項			言語障害 無・有 ()		
胸部レントゲン		RBC	Hb	WBC	
心電図		TP	Alb	尿酸	
尿検査		GOT	GPT	総コレステロール	
糖()	蛋白()	空腹時血糖		BUN	血液型
HB抗原 (+・-)	HCV (+・-)	画像診断 腹部超音波			
梅毒 (+・-)	MRSA (+・-)	CT・MRI			
※身長: cm ※体重: kg			入浴 可・不可		
※食事内容			施設への移送 可・不可		
リハビリテーションへの指示内容 ・個別リハビリテーション実施の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・リハビリテーションの目標 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 日常生活動作能力(ADL)の維持・向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他() () ・リハビリテーションの中止基準 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 血圧() <input type="checkbox"/> 脈拍() <input type="checkbox"/> その他留意点 					
令和 年 月 日			貴医療機関名		
			医師 御氏名		
			印		