

診療情報提供書

特別養護老人ホーム ひだまりの郷 (入居・短期入居 申請用)

氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)	
住所				電話番号				
身長	c m	体 重	k g	血 圧	/ mmHg			
傷病名	1) (発症 年 月頃)			4) (発症 年 月頃)				
	2) (発症 年 月頃)			5) (発症 年 月頃)				
	3) (発症 年 月頃)			6) (発症 年 月頃)				
治療経過								
現在の処方	(投薬・注射すべて記入をお願いします)							
現在の医療・処置	(該当する項目を全てチェックをお願いします) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔経管・胃経) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 排泄(<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(病名) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位 状態) <input type="checkbox"/> 麻痺 無し・有り →片麻痺(右・左)							
精神疾患 認知症	無し・有り(症状名) 専門医受診(有 ・ 無) 問題行動の状況 (HDS-R 点)							
EKG 所見	(検査日 年 月 日)		胸部 X—P 所見 (直接) 撮影日 年 月 日 異常無 異常有 要治療 要注意					
血液検査			検査日 年 月 日		感染症		尿 検 査	
RBC		クレアチニン			検査日 年 月 日		検査日 年 月 日	
Hb		尿素窒素		HBs 抗原	+	・	-	蛋白
Ht		T-cho		HCV 抗体	+	・	-	糖
WBC		CRP 定量		MRSA	+	・	-	潜血
血小板		Na		梅毒 TPHA				ウロビリ
T-P		K		ガラス板法				身体状況
アルブミン		C I		皮膚感染症				機能訓練 可・否
GOT		血糖		結 核				入 浴 可・否
GPT		HbA1C		疥 癬				移 送 可・否
γGTP								
上記の状態なので介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。								
平成 年 月 日 医療機関 所在地				電話				
				名称				
				医師氏名				
				印				