

診療情報提供書

医療法人 生愛会 附属介護老人保健施設

生愛会ナースングケアセンター 施設長・管理医師 殿

ふりがな		生 年	大 ・ 昭 ・ 平		
氏名		月 日	年 月 日	歳	男 ・ 女
住所				TEL	()
診断名					
既往歴・ 家族歴等					
現病歴					

現 症

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
麻痺運動障害	なし ・ あり(上肢:右・左、下肢:右・左、体幹)	移 動	歩行 ・ 歩行器 ・ 車椅子自立 ・ できない
精神障害	認知 ・ 徘徊 ・ その他()	排尿障害	なし ・ あり()
褥瘡	なし・あり(部位 程度)	皮膚疾患	なし ・ あり()
食事状況	自立 ・ 要介助	常食 ・ 粥食 ・ 刻み ・ 経管 ・ 治療食()	
栄養状況	良好 ・ 普通 ・ 不良	身長: cm	体重: kg

一般検診

血液型	A ・ B ・ AB ・ O RH(+ ・ -)	ワ氏反応	+ ・ - 感染性 なし ・ あり
理 学	心雑音: なし ・ あり 呼吸音: 正常 ・ 異常	HBs検査	HBs抗原 + ・ - 感染性 なし ・ あり
所 見	脈拍 /分 不整:あり・なし 血圧 /	HCV検査	HCV抗体 + ・ - 感染性 なし ・ あり
心電図	異常 なし ・ あり()		
胸 部 X-P	病的所見: なし ・ あり(検査日: 年 月) 活動性結核: なし ・ あり 陳旧性所見: なし ・ あり 所見:		
感染性疾患	MRSA: なし・あり 検査部位() 検査日 年 月 日 その他:		
処方薬			
医師所見			
上記の通り診断します。		住所・TEL	
年 月 日		医療機関名	
		医師名	