

診療情報提供書

介護老人保健施設 くびきの

先生 御机下

下記のとおり診断します。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------------|-------|-------|--------|----------------------|------|------|------|------|--|
| 氏名 | | 男・女 | M・T・S | 年 | 月 | 日生 | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| 既往及び現病歴 | 病名 | _____ | 発症年月日 | 年 | 月 | 日頃 | | | | | |
| | | _____ | 発症年月日 | 年 | 月 | 日頃 | | | | | |
| | | _____ | 発症年月日 | 年 | 月 | 日頃 | | | | | |
| | | _____ | 発症年月日 | 年 | 月 | 日頃 | | | | | |
| | | _____ | 発症年月日 | 年 | 月 | 日頃 | | | | | |
| | | _____ | 発症年月日 | 年 | 月 | 日頃 | | | | | |
| | 経過 | | | | | | | | | | |
| 治療薬 | | | | | | | | | | | |
| 現在の状態 | 寝たきり度 | 正常 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 | |
| | 認知度 | 正常 | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | M | | |
| 一般状態 | 身長 | cm | 体重 | kg | 血圧 | mmHg | / | 脈拍 | /min | 整・不整 | |
| | 麻痺 | 有・無（部位 _____） | | | | | | | | | |
| | 褥瘡 | 有・無（部位 _____） | | | | | | | | | |
| | 疥癬等の皮膚疾患 | 有・無（部位 _____） | | | | | | | | | |
| | その他の留意すべき感染症の有無 | 有（具体的に _____） ・ 無 | | | | | | | | | |
| 検査所見 | RBC | $\times 10^4 / \mu\text{l}$ | Hb | g/dl | WBC | $10^2 / \mu\text{l}$ | Alb | g/dl | | | |
| | AST | U/l | ALT | U/l | クレアチニン | mg/dl | | | | | |
| | 血糖（随時/空腹） | mg/dl | | HbA1c | % | エネルギー制限食 | kcal | | | | |
| | その他の検査値： | | | | | | | | | | |
| | 胸部X線 | 異常 有（具体的に _____） ・ 無 | | | | | | | | | |
| | ECG | 異常 有（具体的に _____） ・ 無 | | | | | | | | | |
| ケア上の留意点/要望事項（リハビリ目標など） | | | | | | | | | | | |

令和 年 月 日

病院名

医師氏名

㊞