

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。

2026.3.1改訂

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	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	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

㊞