

# 施設入所時 診療情報提供書 (統一書式)

20\_\_年\_\_月\_\_日

介護施設 (特養・老健・短期入所)

入所検討委員会 殿

記入に際してのお願い

- 6か月以内の情報を記入してください。
- 傷病名は処方内容と一致するようにお願いします。投薬不要ないし現在問題にならない疾患は「その他」に。
- 検査データは、傷病名あるいは処方内容上必要なデータのみを記入してください。6か月以内の情報に限ります。  
例:糖尿病ならHbA1C・空腹時血糖、腎不全ならBUN・クレアチニン、ワーファリン投与ならINR・トロンボテストなど。
- この文書は介護各施設共通ですので、多施設申込の場合にコピーをする旨、ご了解ください。

医療機関の所在地

および名称

TEL ( ) - FAX ( ) -

医師氏名

印

フリカナ			男	明治・大正・昭和 (19__年)	
氏名			女	年 月 日生 ( 歳)	
傷病名	1.			年 月 日 (頃) 発症	
	2.			年 月 日 (頃) 発症	
	3.			年 月 日 (頃) 発症	
	4. その他:				
要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 (旧 )
障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
麻痺	無 有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度	重度	
拘縮	無 有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度	重度	
処置・装具	胃瘻 経鼻カテーテル 尿道カテーテル ペースメーカー ストマ 補聴器 コルセット 義歯 その他 ( )			褥瘡	無 治癒 有 部位 ( )
嚥下障害	無 軽度 高度	聴覚障害	無 軽度 高度	意思疎通障害	無 軽度 高度 (失語症・構音障害)
視力障害	無 軽度 高度	アレルギー	無 有 (薬物名)	食物	( )
HBs抗原	+ -	HCV抗体	+ -	TPHA定性	+ - 結核 無 有 (年月)
病歴補足、検査所見の特記事項、問題点 (疾病に関連する検査データを記入ください。例:糖尿病ならHbA1C、腎不全ならBUNなど)					
処 方 内 容					
循環器薬 呼吸器薬	眠剤 安定剤 精神科薬 糖尿病薬				
消化器薬	その他 分類不明				