

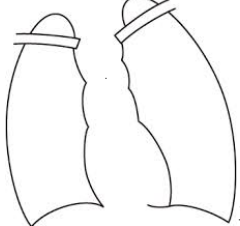
診療情報提供書

所在地：秋田市中通 5 丁目 8-15

施設名：特別養護老人ホーム中通アネックス

施設長、配置医師殿

作成日 年 月 日

氏 名	様	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住 所				Tel
医療機関所 在地連絡先			主治医 氏名	印
既往歴				
現在治療中 の疾患	①	発病	年 月	不詳
	②	発病	年 月	不詳
	③	発病	年 月	不詳
	④	発病	年 月	不詳
症状の概要 及び 服薬内容				
ADL 状況	機能障害の有無 無・有 : 症状・原因 ()			
	移動 自立・一部介助・全介助	食事 自立・一部介助・全介助		
	着替 自立・一部介助・全介助	入浴 自立・一部介助・全介助		
	排泄 自立・一部介助・全介助	整容 自立・一部介助・全介助		
認知症	無・有：症状 ・記銘力低下 ・失見当識 ・昼夜逆転 ・暴言 ・暴行 ・介護への抵抗 ・不眠 ・徘徊 ・長谷川式 (点)			
療養食 の有無	無・有：療養食指示内容 【療養食名・制限等】			
アレルギー	無・有：()			
感染症	○TPHA (無・有) ◎HBs 抗原 (無・有) ◎HCV 抗体 (無・有) ○結核 QFT (無・有) ○MRSA (無・有) ○その他感染症 ()	X 線 所 見	 平成 年 月 日 【◎所見】 診断	
その他 特記事項	身長 cm 体重 kg			

*感染症については、◎必修項目、○検査していれば記入して下さい。