

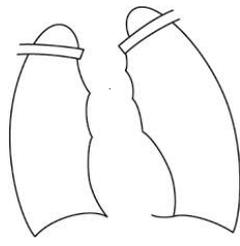
診療情報提供書

所在地：秋田市中通 4 丁目 3-24

施設名：特別養護老人ホーム中通

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				〒
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)	X 線 所 見	 令和 年 月 日	
	◎HBs 抗原 (無・有)			
◎HCV 抗体 (無・有)				
○結核 QFT (無・有)				
○MRSA (無・有)				
○その他感染症 ()				
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。