**診療情報提供書**

所在地：秋田市中通4丁目3-23

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） |
|  |  | | | | | ℡ |
| 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  着替　自立・一部介助・全介助  排泄　自立・一部介助・全介助 | | | 食事　自立・一部介助・全介助  入浴　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）  ○MRSA　　（無・有）  ○その他感染症  （　　　　　　　　） | | X線所見 | | 令和　　年　月　日  【◎所見】  診断 | |
| その他  特記事項 | 身長　　　　cm  体重　　　　㎏ | | | | | |

\*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。