**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　令和　　　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）○結核QFT　（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。