

入所ご希望の方へお願い

この書類は面談時にお預かりしますので、当施設より連絡
 があったから、かかりつけ医に作成をご依頼下さい。

診 療 情 報 提 供 書

淀川キリスト教病院老人保健施設

担当医師 宛

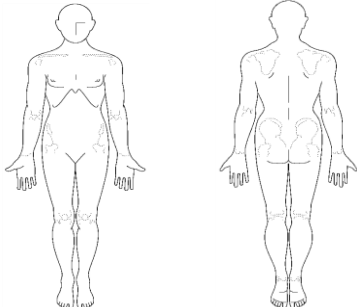
氏 名			男	明治	年	月	日生
			女	大正			
				昭和			歳
現在の 病名または 症状	(発 症 年 月)		病 状 経 過				
	1	(年 月)					
	2	(年 月)					
	3	(年 月)					
	4	(年 月)					
	5	(年 月)					
既往歴	1	(年 月)					
	2	(年 月)					
	3	(年 月)					
	4	(年 月)					
	5	(年 月)					
アレルギー	薬剤アレルギー(無 ・ 有 :) 食品アレルギー(無 ・ 有 :) 他のアレルギー(無 ・ 有 :)						
投薬	* 老健入所中の投薬は、最少限のものになりますのでご協力下さい * 現在処方されている内服薬・外用薬全てが記載されている情報の添付を、お願い致します						
処置内容	a 褥瘡 b 経管栄養 c 胃ろう(PEG) d 尿管留置カテーテル e 在宅酸素療法 f 人工肛門 g 血糖測定及びインスリン注射 その他()						
心電図	異常あり - 所見:						
月 日	異常なし						
胸部X線	胸部レントゲンは、3ヶ月以内に撮影されたものをご持参ください						
月 日							
血 圧	/ mmHg						
検 尿	蛋白(- ± + 2+ 3+) 糖(- ± + 2+ 3+) 潜血(- ± + 2+ 3+)						
月 日							
血液検査	RBC		WBC		Hb		血小板
	GOT		GPT		γ GTP		CRP
	総コレステロール		HDLコレステロール		LDLコレステロール		中性脂肪
	血清総蛋白		アルブミン		尿素窒素		尿酸
	クレアチニン		Na		K		Cl
	月 日	空腹時血糖					
	HbA1c (糖尿病の場合)			PT-INR (ワーファリン服用中の場合)			
感染症検査	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性)			HCV抗体 (陰性 ・ 陽性)			
	梅毒:TPHA (陰性 ・ 陽性)			MRSA 喀痰・咽頭粘液 (陰性 ・ 陽性)			
	その他 ()						

*感染症の有無は必ずご記入下さい。

<裏面もあります>

心身の状態

該当するものを○で囲んで下さい。

認知症の有無	無 ・ 有 ・ 不明 改訂長谷川式簡易知能評価スケールの点数:(_____ /30点: _____ 年 _____ 月 _____ 日実施) 有の場合に、認められる中核症状 a 近時記憶障害(最近のことを忘れている) b 遠時記憶障害(昔のことも忘れている) c 見当識障害(時間 場所 人) d 思考・判断力の障害 辺縁症状 作話 幻視 幻聴 被害妄想 昼夜逆転 暴言・暴行 大声 火の不始末 介護への抵抗 徘徊 一人で戻れない 立ち上がり転倒 転落 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他(_____)				
精神症状	夜間せん妄 不安 その他 (_____) 不穏・興奮 人格の変化 抑うつ状態 感情失禁 意欲低下 多幸症 不眠症 傾眠傾向				
神経症状	嚥下障害 四肢麻痺 構音障害 両下肢麻痺 失語症 運動失調 失認・失行 不随運動 片麻痺				
身体症状	身長 _____ cm 体重 _____ kg 四肢欠損 関節の拘縮 褥瘡 疥癬 その他の皮膚疾患(_____) 痛み しびれ 浮腫 その他(_____) 上記の部位を右に記入して下さい。				
老健施設利用に際してのご要望					

紹介医療機関

医療機関名		電話	
所在地			
紹介医師名	科	診療情報提供書作成日	
		年	月 日