

診療情報提供書・健康診断書

氏名		男・女	大・昭	年	月	日生
----	--	-----	-----	---	---	----

住所						
----	--	--	--	--	--	--

既往症						
-----	--	--	--	--	--	--

現症	①診断名及び発症年月日					
	②症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			③介護の必要度に関する今後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化		

服薬	<input type="checkbox"/> なし					【アレルギー反応】
	<input type="checkbox"/> あり					

●精神・神経症状の有無
有(症状名) 無
 ②認知症高齢者の日常生活自立度
有 自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M 無

●感染症の有無(現在症状が認められるもの。また疑われるもの及びMRSAの場合は、
 化膿性皮膚疾患・カテーテル使用者は家族の同意を得て検査のこと)
有(症状名) 無 不明

身体 の 状態 ・ 介護 に 関 する 意見	<input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
* 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針(チェックされた場合は対処方針を必ず記入のこと)	
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎	
<input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他()	
●対処方針()	
* コミュニケーション方法での特記事項()	

●介護サービス(入浴サービス・訪問看護・通所介護・通所リハ・短期入所)における医学的観点からの留意事項

- ・血圧について 特になし あり()
- ・嚥下について 特になし あり()
- ・摂食について 特になし あり(一部介助 全介助)
- ・移動について 特になし あり(杖・伝い歩き・歩行器・老人車・車いす)
- ・入浴について 特になし あり(全介助・一部介助・リフト浴 特浴)
- ・送迎について 特になし あり()
- ・その他()

上記の通り診断します。なお、診断は診察時の状況に基づくものである。

住所

令和 年 月 日 医療機関名

医師名 ㊞