

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

医療機関 所在地
 名 称
 電話番号
 担当医

印

利用者	(ふりがな) 氏 名			男 女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 電 話		
主疾患		既往歴	1) (発病 年 月) 2) (発病 年 月) 3) (発病 年 月)	
主疾患の経過				
現在の処方				
	点眼薬 無・有 (右・左 内容 :)			
身長	cm	体重	kg	

検査 所見	1 血液・生化(検査日 年 月 日)		
	WBC	ALT	クレアチニン
	RBC	ALP	BUN
	Hb	γ-GT	CRP
	Ht	HDL-cho	ナトリウム
	血小板	LDL-cho	カリウム
	TP	中性脂肪	クロール
	ALB	尿酸	血糖
	総ビリルビン	PT-INR(※)	HbA1C
	AST		
※ワーファリン服用中の方は必ずお願いいたします			
2 尿一般(検査日 年 月 日)			
蛋白 (+ -) 糖 (+ -) 潜血 (+ -)			
3 感染症(検査日 年 月 日)			
HBS抗原 (+ -) HCV抗体 (+ -) TPHA (+ -)			
MRSA (+ -) [部位] 疥癬 (+ -) [時期]			
4 心電図(検査日 年 月 日)		5 胸部X-P(検査日 年 月 日)	
異常 : 有・無 所見 :		所見 :	
その 他	・認知症の状況 徘徊 (有 無)		
	・褥創 (有 無) 部位と状態		
	・処置 (有 無)		
	・最高血圧(平均) mmHg 最低血圧(平均) mmHg		
療 養 上 の 注 意	上記所見により ・機能訓練の利用が □可能 □不可能と思われる (注意事項)		
	・その他		

※ 検査所見は3ヶ月以内のものをお願いします。
 ※ 心電図、レントゲン所見に異常がある場合はコピーを添付ください。

記入日	年	月	日	(記入者/部署	氏名)
食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 自助具 無 ・ 有 ()					
	経管 (胃 ・ 鼻 kcal/1日 回/1日)					
	< 主食 > 米飯 ・ 軟飯 ・ かゆ ・ 流動 ・ ミキサー					
	< 副食 > 常菜 ・ 軟菜 ・ 刻み ・ 極刻み ・ 流動 ・ ミキサー					
	< 治療食 > 減塩食 (g) 糖尿病 (kcal) 脂質異常食 その他					
	< 禁食 > < 嗜好 >					
	< アレルギー > 無 ・ 有 ()					
	< 摂取量 > 全量 ・ 中～全量 ・ 中～少量 < 摂取時間 > (分)					
< 嚥下 > 良好 ・ むせあり (トロミ 要 ・ 不要) ・ ため込みあり (時々 ・ 頻繁)						
< 義歯 > 無 ・ 有 (上 ・ 下 ・ 部分)						
(その他 注意事項等)						
排 泄	< 日 中 > 自立 ・ 誘導 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	尿意 有 ・ 無 トイレ ・ PTイレ ・ 尿器 ・ カテーテル ・ ストマ (膀胱・ 肛門)					
	便意 有 ・ 無 綿パン ・ リハパン ・ パット ・ オムツ					
	尿 量 多い ・ 普通 ・ 少ない < トイレの頻度・間隔 >					
	< 夜 間 > 自立 ・ 誘導 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	尿意 有 ・ 無 トイレ ・ PTイレ ・ 尿器 ・ カテーテル ・ ストマ (膀胱・ 肛門)					
	便意 有 ・ 無 綿パン ・ リハパン ・ パット ・ オムツ					
尿 量 多い ・ 普通 ・ 少ない < トイレの頻度・間隔 >						
< 排便状況 > 毎日 ・ 2～3日に1回 ・ 4～5日に1回 下剤使用 ()						
(その他 注意事項等)						
歩 行	独歩 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 (自力移乗 可 ・ 不可)					
	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	< 転倒歴 > 無 ・ 有 (いつ)					
起き上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
立ち上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
座 位	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
抑 制	無 ・ 有 車椅子 < 安全ベルト ・ その他 > ・ ベッド < 柵 ・ 体幹 >					
	(その他)					
< センサーの使用 > 無 ・ 有 (ベッド ・ 車椅子 ・ イス)						
(その他 注意事項等)						
入 浴	一般浴 ・ 機械浴 ・ 個 浴 ・ その他 ()					
	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 < 更衣 > 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	入浴 好き ・ 嫌い (対応策:)					
麻 痺	無 ・ 有 (上肢/ 右 ・ 左 下肢/ 右 ・ 左)					
拘 縮	無 ・ 有 (肩関節 肘関節 股関節 膝関節 足関節)					
意思疎通	< 意思表示 > できる ・ できるが不完全 ・ 難しい					
	< 理解力 > 有 ・ 限られたもののみ ・ 無 < ナースコールの使用 > 可 ・ 不可					
	言語障害 無 ・ 有 (失語症 ・ 構音障害)					
聴 力	正常 ・ やや難聴 ・ 難聴 (補聴器 有 ・ 無)					
視 力	正常 ・ やや不自由 ・ かなり不自由 ・ 全盲 (メガネ 有 ・ 無)					
(その他 注意事項等)						

様 精神状況

多摩すずらん

記入日 年 月 日 (記入者/部署 氏名)

会話が成り立たないことがありますか。	ある	時にある	ない
自分の居場所が分からなくなることはありませんか。	ある	時にある	ない
生年月日や年齢がわからなくなることはありませんか。	ある	時にある	ない
一人で外出して戻れなくなることはありませんか。	ある	時にある	ない
寸前のことを忘れることはありませんか。	ある	時にある	ない
火の不始末はありますか。	ある	時にある	ない
泣いたり笑ったり、感情が不安定になることはありませんか。	ある	時にある	ない
何もしようとしないことはありませんか。	ある	時にある	ない
季節や状況に応じた着替えの認識はありますか。	ある	時にある	ない
物を盗られたなど被害的になることはありませんか。	ある	時にある	ない
自分の物と人の物の区別がつかない時がありますか。	ある	時にある	ない
作話をして周囲に言いふらすことがありますか。	ある	時にある	ない
実際に無い物が見えたり、聞こえたりすることはありますか。	ある	時にある	ない
ある場合は具体的に・・			
すぐに怒り出し、他者を怒鳴ったりすることはありますか。	ある	時にある	ない
他者に手を上げてしまうことがありますか。	ある	時にある	ない
同じ話を繰り返すことはありますか。	ある	時にある	ない
大声をあげることがありますか。	ある	時にある	ない
ある場合・・それはどのような時ですか。()			
不快な音を立てることがありますか。	ある	時にある	ない
ある場合は具体的に・・			
介護抵抗・拒否はありますか。	ある	時にある	ない
ある場合は具体的に・・			
物や衣類を破ったり壊したりすることはありますか。	ある	時にある	ない
自分をつねったり傷つけたりする事はありますか。	ある	時にある	ない
体調不良を訴えることはありますか。	ある	時にある	ない
徘徊はありますか。	ある	時にある	ない
ある場合は具体的に・・			
夜間不眠あるいは昼夜逆転はありますか。	ある	時にある	ない
食べられない物を口に運んでしまうことはありますか。	ある	時にある	ない
ある場合・・それはどのような物ですか。()			
意味もなく物を集めることはありますか。	ある	時にある	ない
ある場合・・それはどのような物ですか。()			
放尿・放便してしまうことはありますか。	ある	時にある	ない
ある場合・・いつ・どんな場所で ()			
オムツをはずすことはありますか。	ある	時にある	ない
ある場合は具体的に・・			
(1日の過ごし方)			
朝～AM			
日 中			
夕～就寝			
ご本人の性格 好きなこと ・ 嫌いなこと			