

令和 年 月 日
診療情報提供書 (A)

介護老人保健施設
シルバーピア加賀

本提供書の有効期限は、上記
発行日より3カ月の間とする。

医療機関名 (科名)
所在地
名称
担当医
電話
様
印

患者氏名 _____ 様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日
〒住 所 _____ 電 話 _____

【診 断】

【既往症】

【治療経過】

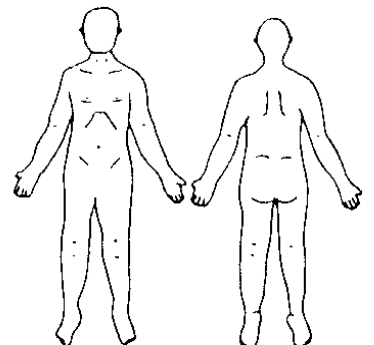
【処 方】

【身体状況】

(主治医との協議により、ケアマネジャーによるv点チェック及び記入可)

- 四肢欠損 関節の拘縮 筋力低下 麻痺 (L・R) 褥瘡
嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・不随意運動
視覚障害 失語症 カテーテル類留置
その他の皮膚疾患

<備考>



(1) 日常生活の状態

ADL状態 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
 認知状態 正常 I II a II b III a III b IV M

(2) 理解および記憶

・短期記憶 問題なし 問題あり
 ・認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
 ・伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求のみ 伝達不可
 ・摂取能力 自立 一部介助 全介助

(3) 問題行動の有無

有 無
幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊
不潔行為 異食行動 性的問題 火の不始末 その他 ()

【検査所見】〔施行日 令和 年 月 日〕

尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血液	白血球数	
	赤血球数	
	血色素数	
	ヘマトクリット	
	血小板	

血液生化学	総蛋白質		BUN	
	ALB		CR	
	GOT		NA	
	GPT		K	
	ALP		CL	
	γ-GTP		Ca	
	LDL-C		CRP	
	TG		血糖	(食前・食後)
	LDH		※ HbA1c	
	UA		▲PT-INR	

〔感染症検査：施行日 令和 年 月 日〕

※糖尿病歴ある方のみ

▲ワファリン内服中の方のみ

TPHA		HBs抗原		HCV抗体	
MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
検出部位		白癬	有・無		

身長 _____ cm 体重 _____ kg

●心電図所見 (コピーを添付してください)

検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日

血圧 _____ / _____

【特記事項】

●胸部X-P所見

検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日

