

令和 年 月 日

診療情報提供書・診断書

所在地：

名称：

医師名：

印

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	M T S	年 月 日	(歳)
障害高齢者の 日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
診断名・現病			
既往歴			
症状・治療経過および検査結果			
現在の処方			

※上記の内容が含まれている場合は

主治医がお使いの書式、検査データのコピー添付などで代替可能です。

*3か月以内の情報・データをお願いします

認知症	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 精神症状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 問題行動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 認知症の度合い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		
身長	cm	体重	kg
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・程度()		
血液	白血球() 赤血球() 血色素() ヘマトクリット() 総蛋白() GOT() GPT() γ -GTP() 総コレステロール() 中性脂肪() 尿素窒素() クレアチニン() 血糖() HbA1c() 検査日(年 月 日)		
検尿	タンパク() 糖() ウロビリ() 潜血() 検査日(年 月 日)		
感染症	HBS抗原() HCV抗体() MRSA() TPHA() 疥癬歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査日(年 月 日)		
胸部	<input type="checkbox"/> 所見なし 結核歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日頃) <input checked="" type="checkbox"/> 所見あり()		
心電図	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()		
アレルギー	薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() その他 ()		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
その他注意事項			
医師の所見	1. 入院加療を要する病態です。 2. 老人ホームでの生活が可能な状態です。		
	その他特記事項		
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 電話 医師 印			