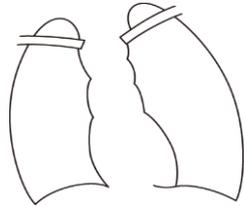


介護老人保健施設 アルカディア 入所用 診療情報提供書

氏名	フリガナ	男・女	生年月日		
			M・T・S	年	月
住所 〒					TEL
現在の傷病名及び発症年月日			特記すべき既往歴		
(発症年月 年 月)			(発症年月 年 月)		
(発症年月 年 月)			(発症年月 年 月)		
(発症年月 年 月)			(発症年月 年 月)		
(発症年月 年 月)			(発症年月 年 月)		
現病歴(臨床経過・合併症についての注意点等記入)					
現在の治療・投薬内容 (薬剤情報提供書の添付でも可)					
特記事項(日常生活自立度・認知症の周辺症状及び、問題行動等)					
障害高齢者の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)					
認知症の有無 (有り・無し)					
認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)					
HDS-R () 点 or MMSE () 点 検査日時 年 月 日 ※検査をしている場合のみ記載					
徘徊・大声・異食・不穏・妄想・昼夜逆転・その他 ()					
※以下はデータ添付でも可			胸部X線		
検査事項 (3か月以内のもの)	身長	cm	体重	kg	 <p>肺結核所見 (有・無)</p> <p>撮影 年 月 日</p>
	皮膚疾患	褥瘡 (+・-)・疥癬 (+・-) その他 () ・不明			
	感染症	HBs抗原(+・-)・HCV抗体(+・-) RPR法(+・-)・TP抗体(+・-)			
	血清総蛋白	g/dL			
	Alb	g/dL			
	CRP定量	mg/dL			
	上記の検査日時:			年 月 日	
上記の通り診断 診療情報提供します 年 月 日					
医療機関名・所在地					
医師名					