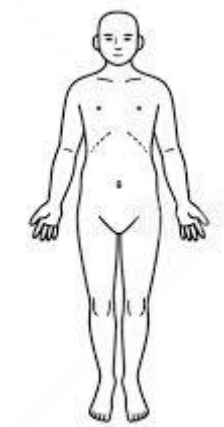


診療情報提供書

介護老人保健施設 出石愛の園
 特別養護老人ホーム 出石愛の園
 グループホーム 出石愛の園
 グループホーム 日高愛の園

氏 名	男・女		生年月日	明・大・昭 年 月 日				
住 所			(歳)					
傷病名 (発病年月日： 年 月 日)			症状経過					
既往歴 (発病年月日： 年 月 日)			現在の処方					
身長： cm		体重： kg	血圧 /		脈拍			
HB s 抗原	+ ・ -	HCV	+ ・ -	TPHA	+ ・ -			
				R P R	+ ・ -			
処置内容（該当箇所にチェックを） 1. 経管栄養（ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 食道瘻 ） 2. 膀胱留置カテーテル（ 尿道 ・ 膀胱瘻 ） 3. 褥瘡（ 部位 ） 4. 吸引（ 気管切開 ・ 口 ・ 鼻 ） 5. 在宅酸素療法								
日常生活自立度 （ 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 ）								
認 知 症 有 （ I II a II b III a III b IV M ） ・ 無								
検査日（ 月 日）			＊状況把握の参考としたいので下記検査事項にご記入をお願いします。					
一般・ 生化学検査	白血球		TP		LDL -chol		Na	
	赤血球		ALB		BUN		K	
	Hb		GOT		BNP		Cl	
	Ht		GPT		BS		クレアチン	
	血小板		r-GTP		HbA1c			
検 尿	糖（ ） 蛋白（ ） 潜血（ ） ウロビリノーゲン（ ）							
皮膚病	有 （ 疥癬 + ・ - ） 無 （その他 ）							

X線所見 CTR＝ % 肺野： 異常あり ・ 異常なし 令和 年 月 日撮影	四肢運動障害所見 
--	--

運動機能障害	：	麻痺	（ 有 ・ 無 ）	不随意運動	（ 有 ・ 無 ）
感覚機能障害	：	聴覚	（ 有 ・ 無 ）	視覚	（ 有 ・ 無 ）
高次脳機能障害	：	失行・失認	（ 有 ・ 無 ）	失語	（ 有 ・ 無 ）
拘縮	：	運動制限	（ 有 ・ 無 ）		

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

病院名

住 所

医師名

印