

# 診療情報提供書

宛先 特別養護老人ホームかもいけ 担当医

刀カナ					明治 大正 昭和	年	月	日	歳	男・女
氏名	様									
住所	〒				TEL					
主病名・既往歴等										
1)	発症	年	月	日	5)	発症	年	月	日	
2)	発症	年	月	日	6)	発症	年	月	日	
3)	発症	年	月	日	7)	発症	年	月	日	
4)	発症	年	月	日	8)	発症	年	月	日	
現病歴										
現在の症状・総合所見										
使用中の薬剤等（ 薬剤情報提供書など添付していただいても結構です ）										
<input type="checkbox"/> 胸部X線検査（直接撮影） 令和 年 月 日 1. 異常無し 2. 異常有り 3. 未実施					<input type="checkbox"/> 心電図 令和 年 月 日 1. 異常無し 2. 異常有り 3. 未実施					
<input type="checkbox"/> 頭部 MRI又CT 令和 年 月 日 1. 異常無し 2. 異常有り 3. 未実施					<input type="checkbox"/> 結核の既往 1. 無し 2. 有り					
<input type="checkbox"/> 血液検査（ 別紙、検査結果を添付していただいても結構です ）										
アレルギー 食物 1. 無し 2. 有り ( ) 薬物 1. 無し 2. 有り ( )										
食事種類 一般食 主食 副食 カリー kcal 塩分制限 特別食 糖尿病食 腎臓病食 肝臓病食 経管栄養 ( ) 他										
身長		cm	視力		異常無	異常有	身体症状		異常無	異常有
体重		kg	聴力		異常無	異常有	歩行障害		異常無	異常有
血圧		—	言語障害		異常無	異常有	皮膚疾患		異常無	異常有
HDS-R		/30点	行動障害		1. 無し	2. 有り	( )			
障害老人の日常生活自立度			正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1 C2
認知症老人の日常生活自立度			正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
要介護認定			要支援1	要支援2	/	介護度	1	2	3	4 5
上記、診断の通り相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 担当医師氏名										
										印