診療情報提供書（入所・通所用）

年　　　月　　　日

介護老人保健施設　岸和田徳洲苑　行

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 住所 |  | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　　　月　　　　　日生　（　　　　　　　歳） | |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的（紹介後の方針に関するご希望） | |
| 診断名  １．  ２．  ３． | ４．  ５．  ６． |
| 現病歴及び経過 | |
| 既往歴 | |
| 投薬状況（処方等） | |
| （検査所見）  　＊１．胸部X−P所見（　　　年　　　月　　　日実施）  　　２．心電図（12誘導）所見（　　　年　　　月　　　日実施）  　＊３．尿定性（　　　年　　　月　　　日実施）  　　　　蛋白（　　　　　）　糖（　　　　　）　潜血（　　　　　）  　＊４．血液検査（　　　年　　　月　　　日実施）  　　　　白血球数（　　　　）　赤血球数（　　　　）　Hb　 （　　　　）　Ht　 （　　　　）  　　　　血小板数（　　　　）　G O T　 （　　　　）　G P T（　　　　）　L D H（　　　　）  　　　　γ−G T P（　　　　）　T P　 　（　　　　）　A l b（　　　　）　B U N（　　　　）  　　　　C R E 　（　　　　）　N a （　　　　）　K　　（　　　　）　Cl （　　　　）  　　　　T−C H O （　　　　）　G L U　 （　　　　）　C R P（　　　　）  　＊５．血圧  　＊６．皮膚感染症　　有　・　無  　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　７．感染症検査  　　　　H B s抗原（　+　　− ）　H C V抗体（　+　　− ）T P H A又はT P抗体（　+　　− ）  　　　　M R S A（　+　　− ）  *＊は必須項目のため、記載をお願いします。* | | |
| （患者に関する注意事項）  　認知症：有　・　無  　認知症の程度：　重高度　・　高度　・　中度　・　軽度  　認知症の症状：　抑うつ状態　・　幻覚　・攻撃　・　徘徊　・　夜間不穏　・　不潔行為  　　　　　　　　　妄想　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| （個別リハビリの判断基準）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 運動時の負荷制限 | | 無　・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 禁忌事項及び注意事項 | | 無　・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 血圧 | （　　　　〜　　　　）/（　　　　〜　　　　）mmHgの範囲外で実施不可 | | | | | 体温 | （　　　　℃）以上で実施不可 | | 脈拍 | （　　　〜　　　回/分）の範囲外で不可 |   ＊血圧・体温・脈拍は任意でご記入をお願いします。 | | |