

# 診療情報提供書

介護老人保健施設 愛 御中

作成年月日 年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師名

印

氏名 男・女		住所	
生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		身長 cm 体重 kg	血液型 型
現病名 発症年月日		既往歴 発症年月日	
治療内容 (処方・処置内容等)			
感染症 H B s ( ) H C V ( ) T P H A ( ) ガラス板 ( ) M R S A / 部位 ( ) / ( ) 検査年月日 年 月 日		皮膚疾患 なし ・ あり 病名 ( ) 疥癬・褥瘡・部位 ( ) 検査年月日 年 月 日	
<p>&lt;リハビリについて&gt;</p> <p>○リハビリ実施にあたって</p> <p><input type="checkbox"/>問題なく可 <input type="checkbox"/>次回の受診時まで中止 <input type="checkbox"/>不可</p> <p>○リハビリ実施時の留意事項について (ある場合は具体的にご記入ください)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧 <input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( )</li> <li>・ 脈拍 <input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( )</li> <li>・ 血糖値 <input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( )</li> <li>・ メドマーなど浮腫軽減のための機器使用について <input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( )</li> <li>・ 疼痛軽減のための温熱療法について <input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( )</li> <li>・ 運動負荷について ( )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>			
<p>&lt;認知症状等のある場合の具体的内容&gt; (該当する項目に全てチェック)</p> <p><input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>暴言 <input type="checkbox"/>暴力 <input type="checkbox"/>介護への抵抗 <input type="checkbox"/>異食 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>不安 <input type="checkbox"/>鬱 <input type="checkbox"/>躁鬱 <input type="checkbox"/>幻覚 <input type="checkbox"/>幻聴 <input type="checkbox"/>幻視 <input type="checkbox"/>被害妄想 <input type="checkbox"/>睡眠障害 <input type="checkbox"/>感情失禁 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>			

以上の通り診断します。