

# 診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設 梅ヶ丘

ふりがな		生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳	男・女
住所			TEL		
主病名					
経過					
既往症	※糖尿病、心疾患、腎疾患、肝疾患、肺疾患等で治療中の場合は、血液検査、心電図、胸部XP等の所見をご教示頂ければ幸いです。 誤嚥性肺炎の既往： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 転倒、骨折の既往： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 褥瘡・皮膚疾患： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 感染症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				
自立度	認知症 ( 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M ) 障害 ( 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 )			介護度	
内服薬					
点眼薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ( )				
医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴注射 <input type="checkbox"/> ストマ処置 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ペースメーカーチェック <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 薬品名・単位数 ( ) 自己注射 (可・不可) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
入所に際しての注意事項または連絡事項等					
年 月 日		医療機関名 住 所 電話番号 医 師 名			

㊞