

老人保健施設利用情報提供書

※ 情報提供いただける項目について記入をお願いします。

社会福祉法人 高瀬会

フリガナ				男 女	生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日	満年齢
氏名	様									歳
住所	県	市	郡	町	番地					
1. 診断名										
① (発症 年 月 日)										
② (発症 年 月 日)										
③ (発症 年 月 日)										
<input type="checkbox"/> 手術 無・有 術式 () (年 月 日)										
2. 現病歴										
3. 既往歴										
① (発症 年 月 日)										
② (発症 年 月 日)										
③ (発症 年 月 日)										
身長	体重	脈拍	血压							
cm	kg	回/分	mmHg	/						
聴力	右 (正常・弱・難)	視力(矯正)	右 (普通・弱・盲)	発語	<input type="checkbox"/> 普通					
	左 (正常・弱・難)		左 (普通・弱・盲)		<input type="checkbox"/> 支障あり					
栄養状態 (良・中・不良) 食欲 (良・普通・不良) 咳嗽 (無・多・少) 便通 (普通・便秘・下痢) チアノーゼ (無・有) アレルギー (無・有:) 眼瞼結膜貧血 (無・有) 褥瘡 (無・有:)										
診察所見										
処方										

尿検査	蛋白 () ph () その他 () 糖 () 潜血 () ウロビリ ()	検査日 年 月 日
血液検査	Hb ()g/dl : Ht () : 白血球 () CRP () : HBs抗原 () : HCV抗体 () ZTT () : ALP () : GOT () GPT () : γ -GTP () : TP () アルブミン () : BUN () : クレアチニン () 尿酸 () : Na () : Cl () : K () Ca () : TG () : 血糖 () Tcho () : MRSA ()	検査日 年 月 日
胸部X線	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見 :)	
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見 :)	
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA (痰・尿) <input type="checkbox"/> その他 (
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () <input type="checkbox"/> ストーマ処置 () <input type="checkbox"/> カテーテル管理 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. 精神状態	認知症障害自立度	
(1) 正常	① 自立	日常生活は自立している
(2) 精神障害あり	② I	何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している
① 認知 ア. 記憶障害 イ. 見当識障害	③ II a	日常生活に支障をきたす症状、行動や意思疎通の困難さが多少認められるが、誰かが注意すれば自立できる。
② 心気症状 ③ 不安 ④ 焦燥 ⑤ 抑うつ状態 ⑥ 興奮 ⑦ 幻覚 ⑧ 妄想 ⑨ せん妄 ⑩ 睡眠障害 ⑪ その他	④ II b	家庭外のみあり(II a)・家庭内外ともにあり(II b)
[]	⑤ III a	上記症状、行動や意思疎通の困難さが認められ、介護を必要とする。
⑫ HDS-R・MMSE () 点/30点	⑥ III b	日中中心にあり(III a)・夜間中心にあり(III b)
	⑦ IV	上記症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に認められ、常に介護を必要とする。
	⑧ M	著しい精神症状や重篤な身体疾患が認められ、専門医療を必要とする。
5. 心理症状および行動障害	① 攻撃的行動 (重度・中度・軽度) ② 不穏興奮 (重度・中度・軽度) ③ 自傷行為 (重度・中度・軽度) ④ 不潔行為 (重度・中度・軽度) ⑤ 火の扱い (重度・中度・軽度) ⑥ 失禁 (重度・中度・軽度) ⑦ 徘徊 (重度・中度・軽度) ⑧ その他 ()	

6.身体の状態・生活状況

- 四肢欠損 (部位: _____)
- 麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
- 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
- その他 (程度: 軽 中 重)
- 筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 失調・不随意運動(上肢: 右 左 ・ 下肢: 右 左 ・ 体幹: 右 左)
- ① リハビリテーションの必要性がありますか (あり ・ なし)
- (内容や留意事項など)
- ② 施設での入浴は可能ですか (可能 ・ 不可能)
- (留意事項など)
- ③ 食事は一人でできますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ④ 排せつは一人でできますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ⑤ 会話は自由にできますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ⑥ 歩行が出来ますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ⑦ 車による送迎は可能ですか (可能 ・ 不可能)
- (留意事項: _____)
- ⑧ 日常生活での注意事項や留意点があればご記入ください。
- (_____)

上記のとおり情報提供します。

令和 年 月 日

住 所

医 療 機 関

医 師 氏 名

印

ご記入いただきありがとうございます。

