

介護老人福祉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してください

特別養護老人ホーム古座川園

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---------|--------------------------|-------------------------------------|---|---|-----|
| ふりがな | | 男 女 | 生 年 月 日 | 明 治 大 正 日 昭 和 | 年 | 月 | 満年齢 |
| 氏名 | | | | | | | |
| 住所 | 市 | 町 | 番地 | 郡 | | | |
| 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 (普通・弱・難) 左 (普通・弱・難) | 視力 (矯正) | 右 (普通・弱・盲) 左 (普通・弱・盲) | その他 | | | |
| 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) 尿意・便意 (無・有) 悪露 (無・有) 眼瞼結膜貧血 (無・有) チアノーゼ (無・有) 褥創 (無・有) アレルギー (無・有) *有の場合 () | | | | | | | |
| 診察所見 | | | | | | | |
| 処方 | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 尿検査 | 蛋白 () 糖 () ウロビリ () | p h () 潜血 () | |
| 血液検査 | Hb () g/d l : CRP () : ZTT () : GPT () : アルブミン () : 尿酸 () : K () : 血糖 () : Tcho () | Ht () : HBs 抗原 () : ALP () : γ-GTP () : BUN () : Na () : Ca () : HGA1c () : MRSA () | 白血球 () HCV 抗体 () GOT () TP () クレアチニン () C1 () TG () |
| 梅毒検査 | ガラス板 () | TPHA () | |
| 胸部 X 線 | 異常なし・異常あり (所見:) | | |
| 心電図 | 異常なし・異常あり (所見:) | | |
| 4. 精神状態 (1) 正常 (2) 精神障害あり ①認知症 ア. 記憶障害 イ. 失見当 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 | 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | |
| | 認知症日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | |
| 5. 問題行動 ア. 攻撃的行為 (重度・中度・軽度) イ. 自傷行為 (重度・中度・軽度) ウ. 火の扱い (重度・中度・軽度) エ. 徘徊 (重度・中度・軽度) | オ. 不穏興奮 (重度・中度・軽度) カ. 不潔行為 (重度・中度・軽度) キ. 失 禁 (重度・中度・軽度) | | |
| 介護福祉施設入所の適否及び入所の際の留意点について | | | |
| 上記のとおり情報提供します。 令和 年 月 日 | | | |
| 住 所 医療機関名 医師氏名 印 | | | |