

診療情報提供書

(老人保健施設ビハーラ寿苑)

氏名		男・女	生年月日	M・T・S		年	月	日	生
								(	歳)
介護度	要支援1・2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 不明								
診断名	1) 年 月 日			7) 年 月 日					
(既往歴)	2) 年 月 日			8) 年 月 日					
	3) 年 月 日			9) 年 月 日					
	4) 年 月 日			10) 年 月 日					
	5) 年 月 日			11) 年 月 日					
	6) 年 月 日			12) 年 月 日					
障害	視覚障害：有・無 (左・右) ☐ 白内障 ☐ 網膜症 ☐ 眼鏡 聴覚障害：有・無 (左・右) ☐ 難聴 ☐ やや難聴 ☐ 補聴器使用 言語障害：有・無 ☐ 失語症 ☐ 構音障害 嚥下障害：有・無 咀嚼障害：有・無 呼吸障害：有・無 麻 痺：有・無 ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 睡眠： ☐ 良眠 ☐ 不眠 眠剤：有・無 皮膚状態： ☐ 普通 ☐ 乾 ☐ 湿 ☐ 浮腫								
褥瘡	(有 ・ 無) 部位・大きさ ()								
感染症	HBs (+ ・ -) HCV (+ ・ -) MRSA (+ ・ -) W氏 (+ ・ -)								
血液検査 生化学検査	※貴院 (所) での検査データを添付して下さい。								
バイタル サイン	血圧 () 脈拍 () 呼吸数 () 体温 () SpO ₂ ()								
精神機能	認知症 ：有・無 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 高度 HDS-R (点) 問題行動：有・無 ☐ 徘徊 ☐ 暴力行為 ☐ 異常排泄行為 ☐ 幻覚 ☐ 幻視 ☐ 妄想 ☐ 大声 ☐ 色情行為 ☐ 異食行為 その他 ()								
医師所見									
処方内容	薬品名 例：マグミット (330mg) 3錠 朝・昼・夕						胸部X-P: 年 月 日撮影		
備考欄									
上記の通り診断します。 令和 年 月 日 病院名 住所 医師氏名 印									