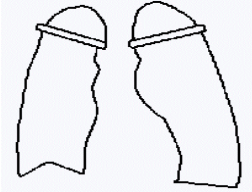


診療情報提供書

□グループホーム
□小規模多機能型居宅介護

氏名	様	男・女	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日 (歳)	
身長	cm		血圧	収縮期血圧	mmHg
体重	kg			拡張期血圧	mmHg
現在の病名			既往歴及び発症年月日		
病状経過・治療経過、その他特記事項			投薬処方		
認知症の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断時期: 年 月頃)			胸部レントゲン所見 (年 月 日)		
<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> その他 ()					
認知症状:					
認知症高齢者日常生活自立度			CTR: %		
I IIa IIb IIIa IIIb IV M			心電図所見		
入浴		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	実施日: 年 月 日		
宿泊サービスの利用		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
感染症	HBs抗原検査		TPHA		
	HCV抗体検査		結核の既往	なし・あり	
	MRSA		疥癬	なし・あり	
※現在わかる範囲の記入で結構です。					
褥創	なし・あり (部位:)		大きさ:)		
サービスにあたっての留意点:					
現時点におけるサービス利用にあたっての診断は上記のとおりです。 令和 年 月 日					
住所					
医療機関名					
電話番号 () -					
医師 印					