

診療情報提供書・診断書 <射水市介護保険サービス用>

氏名			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)
住所			電話番号	() —
診断名			発症年月日	年 月 頃
			発症年月日	年 月 頃
			発症年月日	年 月 頃
既往症			発症年月日	年 月 頃
			発症年月日	年 月 頃
治療経過及び治療内容 (特に注意が必要な薬剤情報)				
身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →		胸部 X 線所見 撮影日 年 月 日  <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 検査不能
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →		
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →		
	食物・薬アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →		
	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 →アルブミン g/dl (参考:6か月以内値)		
	感染症	HBs抗原 (+・-) HCV (+・-) TPHA (+・-) 検査日 年 月 日		
検査名 () 結果:				
精神症状	中核症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度		
	認知症 行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他()		
	精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →		
介護サービス提供における留意事項				
入浴上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (入浴可能範囲の血圧値 ~ mmHg)			
食事上の注意 (治療食・制限食など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →			
送迎・移動上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →			
その他、特記事項など	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →			
医療機関名称			記載年月日	年 月 日
			医師氏名	(印)

※書類作成を依頼する際は、別紙「診療情報提供書・診断書の依頼」(A5版)を必ず添付