

診療情報提供書・健康診断書

氏名		男・女	齢・疋・囉	年	月	日生
住所						
既往症	① 病名					
	1. _____	(	年	月頃)		
	2. _____	(	年	月頃)		
	3. _____	(	年	月頃)		
現症	① 診断名及び発症年月日					
	1. _____	発症年月日	(	年	月頃)	
	2. _____	発症年月日	(	年	月頃)	
	3. _____	発症年月日	(	年	月頃)	
	② 症状としての安定性	③ 介護の必要度に関する予後の見通し				
	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化				
	④ 服薬 <input type="checkbox"/> 有 (主要薬剤: _____)	<input type="checkbox"/> 無				
・ 精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状: _____) ・ 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ランク: _____)						
* 感染症について(感染が疑われる場合、検査してください) <input type="checkbox"/> 陽性の項目 (_____) <input type="checkbox"/> 陰性の項目 (_____) <input type="checkbox"/> 不明 (現在症状がなく、検査不要)						
身体の状態・介護に関する意見	<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位: _____)	程度:	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
	<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: _____)	程度:	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
	<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: _____)	程度:	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
	<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位: _____)	程度:	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
	<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	・ 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・ 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		・ 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・ 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・ 上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・ 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		・ 体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
	* 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針(チェックされた場合は対処方針を必ず記入してください。)					
	<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎	
	<input type="checkbox"/> 腸閉塞	<input type="checkbox"/> 易感染症	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 脱水	
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)					
	・ 対処方針 (_____)					
* コミュニケーション方法での特記事項 (_____)						
* 介護サービス(入浴サービス、訪問介護、通所介護、通所リハ、短期入所)における医学的観点からの留意事項						
	・ 血圧について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (_____)			
	・ 嚥下について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (_____)			
	・ 摂食について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (_____)			
	・ 移動について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (_____)			
	・ 入浴について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (_____)			
	・ 送迎について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (_____)			
	・ その他 (_____)					
令和 年 月 日						
上記の通り診断します。						
住 所						
医療機関名						
医 師 名						
Ⓜ						
なお、上記の診断は診察時の診断によるものです。 また、記入欄不足の場合は、別途診断情報提供書を添付。						