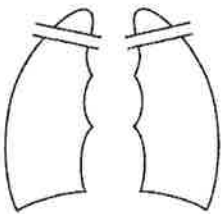


診 療 情 報 提 供 書

(練馬区介護老人保健施設共用)

ふりがな	生年月日	年齢																																																				
氏名	様(男・女) 明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)																																																				
#1 現在治療中の疾患及び状態	発症年月	血液検査 (※検査用紙複写の添付時は、記載不要)																																																				
		< 検査日 年 月 日 >																																																				
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">WBC</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">LDL-cho</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>RBC</td> <td></td> <td>HDL-cho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td>TG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ht</td> <td></td> <td>UA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plt</td> <td></td> <td>BUN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP</td> <td></td> <td>Crea</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alb</td> <td></td> <td>Na</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T-Bil</td> <td></td> <td>K</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GOT</td> <td></td> <td>Cl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td></td> <td>CRP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Al-p</td> <td></td> <td>HbA1C</td> <td></td> </tr> <tr> <td>γ-GTP</td> <td></td> <td>FBS</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PT-INR (ワーファリン服用時のみ)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	WBC		LDL-cho		RBC		HDL-cho		Hb		TG		Ht		UA		Plt		BUN		TP		Crea		Alb		Na		T-Bil		K		GOT		Cl		GPT		CRP		Al-p		HbA1C		γ-GTP		FBS		PT-INR (ワーファリン服用時のみ)			
WBC		LDL-cho																																																				
RBC		HDL-cho																																																				
Hb		TG																																																				
Ht		UA																																																				
Plt		BUN																																																				
TP		Crea																																																				
Alb		Na																																																				
T-Bil		K																																																				
GOT		Cl																																																				
GPT		CRP																																																				
Al-p		HbA1C																																																				
γ-GTP		FBS																																																				
PT-INR (ワーファリン服用時のみ)																																																						
#2 現在処方されている 内服薬および薬剤(外用薬他含む) ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。																																																						
※インシュリン自己注射 無 ・ 有 (単位)																																																						
#3 主な既往歴																																																						
※結核の既往 無 ・ 有																																																						
身長	cm	体重	kg																																																			
検尿	糖 (- ± +)																																																					
	蛋白 (- ± +)																																																					
	潜血 (- ± +)																																																					
胸部 X 線	1.異常なし 2.異常あり (所見)  撮影日 年 月 日	心電図 1.異常なし 2.異常あり *コピー添付 検査日 年 月 日	◆ 特記事項 (項目にない事柄は、こちらにお書き添えください。)																																																			
感染症等	MRSA (- +) 咽頭・その他 () B型肝炎(抗原・抗体) (- +) C型肝炎(抗体) (- +) 検査日 年 月 日	アレルギー (食物) 有 ・ 無 (薬) 皮膚疾患 (- +) 疥癬 (- +) 梅毒 (- +) TPHA RPR																																																				
上記のとおり証明します。		医療機関名																																																				
令和 年 月 日		住所																																																				
		電話番号																																																				
		医師名	印																																																			

※ 各項目 3 ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。

心身状況調査書1

(練馬区介護老人保健施設共用)

利用者氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	才				
介護認定	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
日常生活動作(ADL)の状況 (該当するものに○ 特記があれば記入してください)											
歩行	…独歩 杖歩行 介助歩行 見守り歩行(近位・遠位) 歩行器使用 車椅子 特記										
車椅子	…移乗(自立・見守り・口頭指示・要介助) 操作(自立・見守り・口頭指示・要介助) 特記										
麻痺	…無 有 (右 左 上肢 下肢) 拘縮 …無 有 (部位) 特記										
起立	…自立 見守り 口頭指示 一部介助 全面介助										
立位	…自立 見守り 口頭指示 一部介助 全面介助										
寝返り	…自立 一部介助 全面介助 体交(時間毎) エアマット(要・不要) 特記										
食事	…自立 見守り 一部介助 全面介助 胃瘻 鼻腔 治療食(無 有 kcal) 主食(米飯・軟飯・粥・ミキサー・ペースト・他) 副食(常菜・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー・ペースト・他) 摂取量(主食 割 副食 割) 栄養補助剤(要・不要) ムセこみ(無・有) トロミ(要・不要) 禁食(無 有) 義 歯(無 有) 特記										
排泄	…尿意(無・有) 便意(無・有) トイレ(自立・誘導・介助) Pトイレ(自立・介助) バルン ストマ オムツ使用(日中:テープ・パンツ・パット 夜間:テープ・パンツ・パット) 尿器(無 有) 便秘(無 有) 特記										
整容	…自立 見守り 一部介助 全面介助										
更衣	…自立 見守り 一部介助 全面介助										
入浴	…一般 機械浴(チェア・ストレッチャー) 個浴 特記										
睡眠	…良眠 不眠(眠剤 要・不要) 特記										
難聴	…無 軽度 中度 重度 補聴器使用(右・左・両側)										
視力障害	…無 有 (眼鏡 無 有) 特記										
言語障害	…無 有 特記										
意思疎通	…可 不可 ナースコールの認知(可・不可) 特記										
身体拘束	…無 有(体幹・車椅子ベルト・4点柵・センサー) 特記										

記入日 : 年 月 日

所属機関名 :

記入者氏名 : (看護・介護・ケアマネ・家族・同居以外の家族・その他)

※裏面に精神状態に関する調査事項あり

心身状況調査書2

(練馬区介護老人保健施設共用)

認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○)
 該当せず ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

《HDS-R 点 年 月 日》 検査している場合のみ記入
 《MMSE 点 年 月 日》 検査している場合のみ記入

該当するもので、対応が必要な項目に□してください。
 □の項目には()に頻度や程度を記入してください。

- 目に見えないものが見えたり、聞こえたりする。 ()
- 想像や実際に起こっていないことを、まるで事実であるかのように思い込んだり、話したりする ()
- 人物誤認がみられる。 ()
- うつ状態 ()
- 実際には異常がないが、たびたび痛みや体の不調を訴える ()
- ベットに横になることを好み、動きたがらない ()
- 徘徊がみられる ()
- 大声や物音を立て続けることがある ()
- 独り言をいうことがある ()
- 乱暴な言葉をいうことがある ()
- 乱暴な行動をとることがある ()
- 介護や指示に抵抗を示すことがある ()
- 夜間睡眠がきちんととれない ()
- 特に夜間落ち着かなくなる ()
- 自分で自分を傷つけることがある ()
- 食べ物以外のものを食べてしまうことがある ()
- いろいろなものを集めたり、無断で持ってくることがある ()
- ものを壊したり、衣類等を破いたりすることがある ()
- トイレ以外のところで尿や便をすることがある ()
- 性的な問題行動がある ()
- 急に泣き出したりなど、感情が不安定になることがある ()
- オムツに手を入れたり、はずしたりする。 ()
- 便をいじったり、尿に触れるなど不潔な行為がみられる ()
- 家に帰りがり落ち着かなくなる ()
- もの忘れがある ()

その他(特記事項)