診療情報提供書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者氏名 |  | 男　・　女 | 生年月日 | 大正　昭和 | 　　年　　月　　日（　　　　　歳） |
| 住　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　―　　　　― |
| 病　名既往歴 | 1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（昭和・平成　　年　　月　　日）2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（昭和・平成　　年　　月　　日）3　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（昭和・平成　　年　　月　　日）4　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（昭和・平成　　年　　月　　日）5　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（昭和・平成　　年　　月　　日） |
| 現在の治療投薬の内容 |  |
| 麻痺・運動障害の状況 |  |
| 褥　瘡 | 無　　・　　有　　※有の場合その処置法　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認知症 | 無　　・　　有 |
| アレルギー | 無　　・　　有 |
| 機能訓練 | 　1.　関節可動域訓練　（　可　・　不可　）　2.　負荷運動　（　可　・　不可　）3.　立位訓練　　　　（　可　・　不可　）　4.　歩行訓練　（　可　・　不可　） |
| 血　圧 | 平均血圧　　　　／　　　　mmHg　　脈拍　　　回／分≪入浴許可の指示値≫収縮期　　　　　～　　　　　mmHg　／　拡張期　　　　～　　　　　mmHg |
| 入　浴 | 　可　・　不可　入浴の条件（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認知症高齢者の日常生活自立度　正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ Ｍ |
| 障害高齢者の日常生活自立度　自立 ・ Ｊ1 ・ Ｊ2 ・ Ａ1 ・ Ａ2 ・ Ｂ1 ・ Ｂ2 ・ Ｃ1 ・ Ｃ2 |
| ＡＤＬ・移動方法などで注意すべき事項（皮膚の状態・各感染の対応方法等）もご記入ください。 |

**（裏面につづく）**

**※印につきましては、検査結果があればご記入お願い致します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **※　心電図** |  |
| * **胸部X線**
 | 異常　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　）平成　　年　　月　　日撮影 |
| * **伝染性疾患**

**の徴候** |  |
| * **感染症の有無**
 | 無　・　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **※検査成績** | MRSA | （　　　　　　　　　） | ワツェルマン反応 | （　　　　　　　　） |
| HBs抗原 | （　　　　　　　　　） | HCV | （　　　　　　　　） |
| その他の感染症 |
| 使用の有無 | ①　ペースメーカー　（　有　・　無　） |
| 　②　人工骨頭・関節及び金属プレート　（　有　・　無　） |
| 上記の通り報告します。特定非営利活動法人　せかんどデイサービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 所在地医療機関名電話番号医師名 | 　　　　　印 |