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  平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | 所在地  医療機関名  電話番号  医師名 | | 印 | | |