


医療情報提供書

医療機関（名称・所在地・電話番号等）

担当医 印

患者	氏名		男・女
	生年月日	大・昭 年 月 日生（ 歳）	
診断		紹介の目的	
病歴と経過の概略及び家族歴			
現在の病態及び処方内容			
褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		留置カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認知症症状	問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 弄火 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他（-----） 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> なんとか可能 <input type="checkbox"/> できない		
検査所見	※胸部レントゲン  検査日 年 月 日	※感染症についての検査結果 Wa-R () HBs抗原 () HCV抗体 () MRSA () その他 ()	
	心電図所見 検査日 年 月 日	結核等感染症の既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（詳細）	
	一般臨床所見 検査日 年 月 日		
	脳の画像所見（CT・MRI） 検査日 年 月 日		
担当医意見（介護で注意すべき点など）		本人及び家族の要望	

※胸部レントゲン、感染症に関する検査結果は必ずご記入ください。