

# 診療情報提供書

氏名	(男・女)			明・大・昭 年 月 日 (歳)		
住所	TEL( ) -					
傷病名						
症状・治癒経過						
既往歴						
伝染性疾患	結核			HBs抗原 (+・-) HBs抗体 (+・-)		
	胸部X線			HCV (+・-) 梅毒 (+・-)		
	MRSA (+・-) 【部位】(喀痰・口腔・鼻腔・便・尿・分泌物・血液・膿・創傷・褥瘡)					
皮膚疾患	(無・有)	【病名】		【部位】		
褥瘡	(無・有)	【程度】	mm × mm	【部位】		
現在の処方						
【食事】 (自立・一部介助・全介助) (箸・スプーン・フォーク・自助具) 【歩行】 (可・不可) 【移動】 (自立・一部介助・全介助) (杖・歩行器・シルバーカー・車椅子) 【排尿】 (自立・一部介助・全介助) (パット・リハビリパンツ・オムツ・留置カテーテル・Pトイレ) 【排便】 (自立・一部介助・全介助) (パット・リハビリパンツ・オムツ・Pトイレ) 【視覚障害】 (有・無) (白内障・緑内障・その他) 眼鏡 (有・無) 【聴覚障害】 (有・無) 補聴器 (有・無) 【言語障害】 (有・無) 【記憶障害】 (有・無) 【夜間せん妄】 (有・無) 【うつ状態】 (有・無) 【感情失禁】 (有・無) 【幻覚妄想】 (有・無) 【徘徊癖】 (有・無) 【認知症】 (有・無) 【拒絶症】 (有・無) 【痙攣】 (有・無) 【独語】 (有・無)						
《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】 《診断名》				《診断医師名》		
《認知症高齢者の日常生活自立度》 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 《診断年月日》 年 月 日						
備考						
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名						