**診療情報提供書**

**介護医療院　　えがおと虹の森ふもと　　西脇京子　先生　御机下**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** |  | **男・女** | **Ｍ･Ｔ･Ｓ　 年 月　 日生** |
| **住　所** |  |
| **既往及び現病歴** | **病名　①　　　　 　（発症日　　　年　　月　　日）****②　 　（発症日　　　年　　月　　日）****③　　　　　　　　　　　　　　　　　　（発症日　　　年　　月　　日）****経過** |
| **治療薬** |  |
| **現在の状態** | **寝たきり度　　正常　　Ｊ1　　Ｊ2　　Ａ1　　Ａ2　　Ｂ1　　Ｂ2　　Ｃ1　　Ｃ2** |
| **認　知　度　　正常　　Ⅰ　　Ⅱa　　Ⅱb　　Ⅲa　　Ⅲb　　Ⅳ　　M** |
| **一般状態** | **身長　　　　㎝** | **体重　　　　㎏** | **血圧　　　／　　　mmHg** | **脈拍　　／min整･不整** |
| **麻痺　　有・無　　(部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)** |
| **褥瘡　　有・無　　(部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)** |
| **疥癬等皮膚疾患　　有・無　　(部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)** |
| **その他留意すべき感染症の有無（有の場合は薬剤感受性検査結果の添付お願いします）****有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・無** |
| **検査所見** | **RBC　　 　　 ×104/μ1** | **Hb　　　　 　g/dl** | **WBC　　　　　　　　　　μ1** |
| **GOT　　　　　　　　U/1** | **GPT　　　　　　　　U/1** | **ｸﾚｱﾁﾆﾝ　　　　　　　　 mg/dl** |
| **血糖（随時／空腹）　　　　　　　　mg/dl** | **Alb g/dl** |
| **その他の検査値　：** |
| **胸部X線 異常有（具体的に　　　　）・無** | **ECG　異常有（具体的に　　　　　）・無** |
| **ケア上の留意点／要望事項（リハビリ目標など）** |

**上記のとおり診断します**

**令和　　年　　月　　日**

**医療機関・施設名**

**医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞**