**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　　　　　　　　　　　　　　　㊞**