

老健シーダ・ウォーク利用に関する診療情報提供書

※書式は他の書式等で代用頂いて構いません。検査データの資料の添付があれば、記載は不要です。

※ショートステイ、デイケアの場合、検査項目については主治医の先生が必要と判断する範囲で構いません。

氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)	
住所							
現病歴及び治療経過			既往歴 ※整形外科疾患の既往があれば術式をお書き下さい				
			年 月				
			年 月				
			年 月				
			年 月				
			年 月				
			年 月				
状態は <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定である(理由:)			処方箋の添付を、お願いいたします。				
感染症	HBs () HCV () MRSA () 梅毒 () 部位:	血液検査					RBC
検尿	蛋白() 糖() 潜血()			WBC	GPT		
脈拍	回/分 整 不整			Hb	BUN		
血压	/ mmHg			Ht	TP		
身長・体重:	cm / kg(年 月 日)	X線所見 (撮影日 年 月 日)		PLT	TG		
心電図						FBS	T-Cho
四肢欠損	(部位:)	麻痺	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	Hb-A1c	Alb	
筋力の低下	(部位:)	拘縮	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足				
失調・不随意運動	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 下肢						
褥瘡・皮膚疾患	無・有→ (部位: cm × cm) (処置:)						
治療食	無・有→ <input type="checkbox"/> 糖尿病食(Kcal) <input type="checkbox"/> 心臓病食(塩分 g) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> アレルギー()・その他()						
施設利用における注意事項・禁忌事項(入浴・リハビリ・その他)							
入浴について							
リハビリについて							
その他							
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				認知症高齢者の日常自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			

年 月 日

※緊急時に際し施設から指示を仰がれた場合
(応じる・応じない)

※施設から本人の健康状態について助言を
仰がれた場合 (応じる・応じない)

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

印