

診療情報提供書

介護老人保健施設 **サンホープ笠懸**

平成 年 月 日

診療担当医 宛

医療機関／施設名
住所
電話／FAX番号

医師氏名

印

ふりがな	生年月日	年齢	性別
利用者氏名	明治・大正 年 月 日 昭和・平成	歳	男・女

住所 〒	電話番号
—	—

傷病名	
既往歴 など	感染症 () 薬物アレルギー ()
臨床症状 治療経過	
画像での異常所見	
認知症の評価	HDS-R (/30点) ・ MMSE (/30点)
認知症の周辺症状 (該当項目に○)	幻覚・妄想・不安・抑うつ・徘徊・せん妄・昼夜逆転・異食・常同行動・ 大声・暴言・暴力・介護抵抗・独語・不潔行為・収集癖・()
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
要介護度	支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5

身体状況 (麻痺・拘縮・失語など)		歩行 (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助・不能	
歩行用補助具 (いずれかに○)	なし・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子	車椅子自走 (いずれかに○)	可能・不可能	
座位保持 (いずれかに○)	可能・リクライニング・不能	移乗 (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助	
寝返り (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助	立ち上がり (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助・不能	
食事 (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助・胃瘻・経鼻胃管	むせ込み (いずれかに○)	なし・ほぼなし・水分・固形物・両方	
食事形態 あるいは 1日の注入栄養剤詳細		身長	cm /	体重 kg
痰吸引 (いずれかに○)	なし・あり (回/日)	更衣・整容 (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助	
入浴 (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助	入浴方法 (いずれかに○)	大浴槽・小浴槽・機械浴槽・シャワー・清拭	
褥瘡 (いずれかに○)	なし・あり(部位	/ マットの種類)		
排泄 (いずれかに○)	自立・見守り・半介助・全介助	尿意 (いずれかに○)	あり・なし	便意 (いずれかに○) あり・なし
排泄用具 (いずれかに○)	布パンツ・紙パンツ・紙オムツ・パット・尿カテ	身体拘束 (いずれかに○)	なし・あり ()	
視力	支障なし・障害あり(眼鏡使用・使用せず)	聴力	支障なし・難聴あり(補聴器使用・使用せず)	

* 検査結果 および 処方内容 につきましては、別紙添付 でお願いたします