

年 月 日

診療情報提供書

社会福祉法人 成晃会

医療機関の所在地および名称

ポート愛ランド。老健

御中

ポート愛ランド。老健ムーチョ

科 医師氏名

氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日生 () 歳
現住所	電話番号：				

紹介目的	
主病名 (発病月日を含む)	
共存現病名 (発病年頃を含む)	
既往症 (発病年頃を含む)	
現病歴 (共存現病名の 治療内容・経過も 含む)	
現在の処方	
胸部X線所見	異常：あり・なし 年 月 日撮影 所見：
心電図所見	年 月 日検査
留意事項・その他 (疾患・障害、薬物 アレルギーも含む)	

脳疾患を有する時は頭部CT (and/orMRI)、弁膜症・心筋症・または心不全を有する時は心エコー所見・BNP、その他疾患に応じて画像(CD等)添付をお願いします。(裏面に続く)

診療情報提供書

身長： cm, 体重： kg, BMI： 食事：形態（ ），（ ）Kcal, 塩分（ ）g

- 1) 障害高齢者の日常生活自立度 自立・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・C-1・C-2
- 2) 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
- 3) 長谷川式簡易知能評価スケール（ ）点、またはミニメンタルステート検査（ ）点。
- 4) 認知症の場合：周辺症状 無・有（ ）
各程度の印象として、軽・中・大も併記願います。

現在の起居移動動作状況

ベッドからの起き上がり（自立・非自立）
端座位保持（自立・非自立）
車椅子への移乗（自立・非自立）, 車椅子自操（自立・非自立）
屋内歩行（自立・非自立）（歩行時に使用するものがあれば○で囲む：手すり・壁・杖・歩行器）
屋外歩行（自立・非自立）（杖：あり・なし、手押し車：あり・なし）
Brunnstrom stage：右上肢（ ），下肢（ ），手指（ ），左上肢（ ），下肢（ ），手指（ ）

血液所見

総蛋白 g/dL アルブミン g/dL AST (GOT) IU/L ALT (GPT) IU/L
Ch-E U/L γ -GTP IU/L ALP IU/L アミラーゼ mg/dl CPK IU/L
BUN mg/dL Creatinine mg/dL 尿酸 mg/dL
CRP mg/dL RF定量 IU/mL Na mEq/L K mEq/L Cl mEq/L
総コレステロール mg/dL HDL-コレステロール mg/dL トリグリセド mg/dL
空腹時血糖 mg/dL 糖尿病の場合は追加としてHbA1c %
赤血球数 万/ μ L Hb g/dL Ht % 平均赤血球容積 fL 白血球数 / μ L
血小板数 万/ μ L

HBs抗原：陰性・陽性 HCV抗体：陰性・陽性
梅毒血清反応TP抗原法：陰性・陽性（治療を要する場合はCL抗原法定量 ）
必要に応じてMRSA 陰性・陽性（部位・検体： ）
その他（疾患に応じての追加項目）：

検尿所見：蛋白（ ），糖（ ），ケトン体（ ），ウロビリノーゲン（ ）

沈渣：赤血球 個/HPF, 白血球 個/HPF, 円柱上皮細胞 個/HPF
扁平上皮細胞 個/HPF, その他；