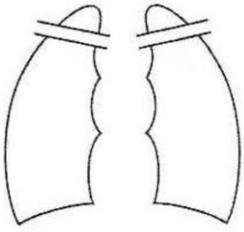


診 療 情 報 提 供 書

(練馬区介護老人保健施設共用)

フリガナ 氏名	生年月日	年齢 ()																																																				
#1現在治療中の疾患及び状態 発症年月	血液検査 (※検査用紙複写添付時は、記載不要)																																																					
<検査日 令和 年 月 日>																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;">WBC</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">LDL-cho</td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr><td>RBC</td><td></td><td>HDL-cho</td><td></td></tr> <tr><td>Hb</td><td></td><td>TG</td><td></td></tr> <tr><td>Ht</td><td></td><td>UA</td><td></td></tr> <tr><td>Plt</td><td></td><td>BUN</td><td></td></tr> <tr><td>TP</td><td></td><td>Crea</td><td></td></tr> <tr><td>Alb</td><td></td><td>Na</td><td></td></tr> <tr><td>T-Bil</td><td></td><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>Cl</td><td></td></tr> <tr><td>GPT</td><td></td><td>CRP</td><td></td></tr> <tr><td>Al-p</td><td></td><td>HbA1C</td><td></td></tr> <tr><td>r-GTP</td><td></td><td>FBS</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">PT-INR(ワーファリン服用時のみ)</td></tr> </table>			WBC		LDL-cho		RBC		HDL-cho		Hb		TG		Ht		UA		Plt		BUN		TP		Crea		Alb		Na		T-Bil		K		GOT		Cl		GPT		CRP		Al-p		HbA1C		r-GTP		FBS		PT-INR(ワーファリン服用時のみ)			
WBC		LDL-cho																																																				
RBC		HDL-cho																																																				
Hb		TG																																																				
Ht		UA																																																				
Plt		BUN																																																				
TP		Crea																																																				
Alb		Na																																																				
T-Bil		K																																																				
GOT		Cl																																																				
GPT		CRP																																																				
Al-p		HbA1C																																																				
r-GTP		FBS																																																				
PT-INR(ワーファリン服用時のみ)																																																						
#現在処方されている 内服薬および薬剤 (外用薬他含む) ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。	※インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> 無 () 単位)																																																					
#主な既往歴	※結核の既往 <input type="checkbox"/> 無																																																					
身長 cm 体重 kg	糖 ()																																																					
血压 / mmHg	検尿 蛋白 () 潜血 ()																																																					
<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> 撮影日 令和 年 月 日	胸部 X線 心電図 <input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし <input type="checkbox"/> *コピー添付 検査日 令和 年 月 日	◆ 特記事項 (項目にない事柄は、こちらにお書き添えください。)																																																				
感染症等 MRSA () 咽頭・その他 () B型肝炎 (抗原・抗体) () C型肝炎 (抗体) () 検査日 令和 年 月 日	アレルギー (食物) <input type="checkbox"/> 無 (薬) 皮膚疾患 () 疥癬 () 梅毒 () <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> RPR																																																					
上記のとおり証明します。		医療機関名																																																				
令和 年 月 日		住 所																																																				
		電 話 番 号																																																				
		医 師 名																																																				
		印																																																				

※各項目3ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。

心身状況調査書

(練馬区介護老人保健施設共用)

利用者氏名			生年月日 年 月 日 才									
要介護認定 (要支援認定)	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
日常生活動作 (ADL) の状況 (該当するものに○ 特記があれば記入してください)												
移動	・・・ 独歩 杖歩行 介助歩行 見守り歩行 (近位・遠位) 歩行器使用 車椅子 特記											
車椅子	・・・ 移乗 (自立・見守り・口頭指示・要介助) 操作 (自立・見守り・口頭指示・要介助) 特記											
麻痺	・・・ 無 有 (右 左 上肢 下肢) 拘縮 ・・・ 無 有 (部位) 装具 (無 有) 特記											
起立	・・・ 自立 見守り 口頭指示 一部介助 全面介助											
立位	・・・ 自立 見守り 口頭指示 一部介助 全面介助											
寝返り	・・・ 自立 一部介助 全面介助 体位交換 (時間毎) エアマット (要・不要) 特記											
食事	・・・ 自立 見守り 一部介助 全面介助 胃瘻 鼻腔 療養食 (無 有 kcal) 主食 (米飯・軟飯・粥・ミキサー・ペースト・他) 副食 (常菜・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー・ペースト・他) 摂取量 (主食 割 副食 割) 栄養補助剤 (要・不要) ムセこみ (無・有) トロミ (要・不要) 禁止食 (無 有) 義 歯 (無 有) 特記											
排泄	・・・ 尿意 (無・有) 便意 (無・有) トイレ (自立・誘導・介助) ポータブルトイレ (自立・介助) 留置カテーテル ストマ オムツ使用 (日中: テープ・パンツ・パット 夜間: テープ・パンツ・パット) 尿器 (無 有) 便秘 (無 有) 特記											
整容	・・・ 自立 見守り 一部介助 全面介助											
更衣	・・・ 自立 見守り 一部介助 全面介助											
入浴	・・・ 一般 機械浴 (チェア・ストレッチャー) 特記											
睡眠	・・・ 良眠 不眠 (眠剤 要・不要) 特記											
難聴	・・・ 無 軽度 中度 重度 補聴器使用 (右・左・両側)											
視力障害	・・・ 無 有 (眼鏡 無 有) 特記											
言語障害	・・・ 無 有 特記											
意思疎通	・・・ 可 不可 ナースコールの認知 (可・不可) 特記											
身体拘束	・・・ 無 有 (体幹・車椅子ベルト・4点柵・センサー) 特記											

記入日: 年 月 日

所属機関名:

記入者氏名:

(看護・介護・ケアマネ・家族・同居以外の家族・その他)

※裏面に精神状態に関する調査事項あり

心身状況調査書

(練馬区介護老人保健施設共用)

認知症高齢者の日常生活自立度 (該当するものに○)

該当せず ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

《HDS-R 点 年 月 日 》 検査している場合のみ記入

《MMSE 点 年 月 日 》 検査している場合のみ記入

該当するもので、対応が必要な項目に☑してください。

☑の項目には () に頻度や程度を記入してください。

- 目に見えないものが見えたり、聞こえたりする ()
- 想像や実際に起こっていないことを、まるで事実であるかのように思い込んだり、話したりする ()
- 人物誤認がみられる ()
- うつ状態 ()
- 実際には異常がないが、たびたび痛みや体の不調を訴える ()
- ベッドに横になることを好み、動きたがらない ()
- 徘徊がみられる ()
- 大声や物音を立て続けることがある ()
- 独り言をいうことがある ()
- 乱暴な言葉をいうことがある ()
- 乱暴な行動をとることがある ()
- 介護や指示に抵抗を示すことがある ()
- 夜間睡眠がきちんととれない ()
- 特に夜間落ち着かなくなる ()
- 自分で自分を傷つけることがある ()
- 食べ物以外のものを食べてしまうことがある ()
- いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる ()
- ものを壊したり、衣類等を破いたりすることがある ()
- トイレ以外のところで尿や便をすることがある ()
- 性的な問題行動がある ()
- 急に泣き出したりなど、感情が不安定になることがある ()
- オムツに手を入れたり、はずしたりする ()
- 便をいじったり、尿に触れるなど不潔な行為がみられる ()
- 家に帰りたがり落ち着かなくなる ()
- もの忘れがある ()

その他 (特記事項)