

# 情報提供書

【長期・短期入所用】

令和 年 月 日

老人保健施設のぞみ苑 御中

所在地  
医療機関名  
医師氏名

(印)

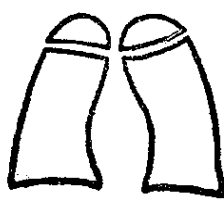
|      |                   |      |     |
|------|-------------------|------|-----|
| 患者氏名 |                   | 性別   | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳 |      |     |
| 患者住所 | 〒 -               | 電話番号 |     |

|                          |  |                              |                               |                               |      |                              |                              |                               |                               |
|--------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 要介護状態等区分                 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5<br>有効期限: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |                              |                               |                               |      |                              |                              |                               |                               |
| 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                            |
| 認知症老人の日常生活自立度            | 自立   | I                            | IIa                           | IIb                           | IIIa | IIIb                         | IV                           | M                             |                               |
| 日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに✓) |  |                              |                               |                               |      |                              |                              |                               |                               |
| 移動                       | <input type="checkbox"/> 自立  | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 | 食 事  | <input type="checkbox"/> 自立  | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 排泄                       | <input type="checkbox"/> 自立  | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |      | <input type="checkbox"/> 常食  | <input type="checkbox"/> 普通  | <input type="checkbox"/> 全粥   | <input type="checkbox"/> ミキサー |
| 入浴                       | <input type="checkbox"/> 自立  | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |      | <input type="checkbox"/> 療養食 |                              |                               |                               |
| 着替え                      | <input type="checkbox"/> 自立  | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |      | ( )                          |                              |                               |                               |
| 整容                       | <input type="checkbox"/> 自立  | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |      |                              |                              |                               |                               |
| 本人及び家族の要望                |  |                              |                               |                               |      |                              |                              |                               |                               |

|     |
|-----|
| 傷病名 |
|-----|

|          |
|----------|
| 既往歴及び家族歴 |
|----------|

|   |   |       |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
|---|---|-------|--|-------|--|----|--|-----|--|-----|--|----|--|-----|--|------|--|----|--|----|--|-----|--|----|--|-----|--|---|--|-----|--|----|--|-------|--|-------|--|-----|--|--|--|-----|--|--|--|
| 病状経過・治療経過及び検査結果等<br><br>尿 潜血( ) 蛋白( ) 糖( )<br>感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他( )】<br>アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )<br>リハビリテーションの必要性 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要( ) | 採血データ<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>RBC</td><td></td><td>LDL-C</td><td></td></tr> <tr><td>Hb</td><td></td><td>BUN</td><td></td></tr> <tr><td>WBC</td><td></td><td>Cr</td><td></td></tr> <tr><td>PLT</td><td></td><td>eGFR</td><td></td></tr> <tr><td>TP</td><td></td><td>UA</td><td></td></tr> <tr><td>ALb</td><td></td><td>Na</td><td></td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>GPT</td><td></td><td>BS</td><td></td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td></td><td>HbA1c</td><td></td></tr> <tr><td>LDH</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T-G</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | RBC   |  | LDL-C |  | Hb |  | BUN |  | WBC |  | Cr |  | PLT |  | eGFR |  | TP |  | UA |  | ALb |  | Na |  | GOT |  | K |  | GPT |  | BS |  | γ-GTP |  | HbA1c |  | LDH |  |  |  | T-G |  |  |  |
| RBC   |   | LDL-C |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| Hb  |   | BUN   |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| WBC   |   | Cr    |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| PLT   |   | eGFR  |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| TP  |   | UA    |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| ALb   |   | Na    |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| GOT   |   | K     |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| GPT   |   | BS    |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| γ-GTP   |   | HbA1c |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| LDH   |   |       |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| T-G   |   |       |  |       |  |    |  |     |  |     |  |    |  |     |  |      |  |    |  |    |  |     |  |    |  |     |  |   |  |     |  |    |  |       |  |       |  |     |  |  |  |     |  |  |  |

|   |   |
|---|---|
| 現在の処方 (お薬手帳等の別紙添付可)<br><br>≪入所後の診療・内服調整に関する事項≫<br>入所後は状況に応じて内服薬を調整させていただきます。<br>ご意向等ございましたらご記入ください。 | 胸部X線<br>所見<br><br><br>CTR %<br>(令和 年 月 日)<br><br>心電図 |
|---|---|