

介護老人福祉施設医療情報提供書(診断書)

医療機関名:

所在地:

電話番号:

医師氏名:

㊟

紫水園 施設長宛

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
氏名			年 月 日
要介護の原因となった傷病名		既往歴	
現	現症		
	処方・処置内容		
	日常生活動作(ADL)の状況(該当するものに○をつけて下さい)		
	移動 自立・一部介助・全介助	食事 自立・一部介助・全介助	
	排泄 自立・一部介助・全介助	入浴 自立・一部介助・全介助	
症	着替え 自立・一部介助・全介助	整容 自立・一部介助・全介助	
	認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○をつけて下さい)		
	I 何らかの認知症は有するが、家庭内及び社会的に自立している。 II 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さは多少みられても、誰かが注意していれば自立可能 III 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られ、介護を必要とする IV 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られ常に介護が必要 V 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体状態が見られ、専門医療を必要とする		
感染症	HBS(-・+) HCV(-・+) 梅毒(-・+) MRSA(-・+)[部位]		
	疥癬(-・+)[] X-P 所見[結核所見]		
その他[]			
総合所見【①施設利用の可否②臨床検査上の問題③食事形態・摂取量・嚥下状態④入浴・リハビリに対する事項】等のご意見を下さい			

※検査所見については、検査結果・成人病検査の写しでも結構です。

紫水園