



情報提供書

(ケアセンター南大井ダウンロード版)

続柄又は所属

記入者名:

( )

記入月日: 令和 年 月 日

利用者氏名:

様

※受け入れの際の資料とさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。

Table with columns for '自立・介助の状況' and '現在の状況' (自立, 見守り, 一部介助, 全介助, 行わず). Rows include '日常生活・社会活動' (移動, 階段昇降, 屋内移動, 屋外移動, 食事, 嚥下, 整容, 更衣, 入浴, コミュニケーション, 家事, 外出) and '起床動作' (寝返り, 起き上がり, 座位, 立ち上がり, 移乗, 立位).

Table titled '食事の状況について' containing fields for '◆摂食状況', '◆摂食時の用具', '◆食事形態', '◆栄養補助剤', '◆食事制限', '◆禁忌', '◆嚥下困難', '◆義歯', and '◆特記'.

Table titled '排泄の状況について' with columns for '場所' (トイレ, ポータブル, 尿器, おむつ) and rows for '日中' and '夜間' (下着, 失禁, 排泄状況). Includes '排尿回数' and '理由'.

Table titled '認知障害について' with checkboxes for '□ある (□軽度 □中度 □重度) □ない □わからない' and various cognitive function items like '□食事した事を数分後に忘れる'.

Table titled '夜間の睡眠の状況について' with field '◆入眠の時間は ( ) 時ころ 睡眠時間は ( ) 時間くらい'.

Table with '身体状況' (平均的な血圧, 身長, 体重) and '医療処置' (経管栄養, パースメーカー, シャント, etc.)

# 老健施設利用のための医療情報提供書

ダウンロード版

令和 年 月 日

介護老人保健施設 ケアセンター南大井  
〒140-0013 品川区南大井5丁目19-1  
TEL:03-5753-3901  
施設医師 尾辻 瑞人 宛

紹介元：医療機関の名称・所在地・電話番号

(担当科) 医師: 印

利用者	フリガナ 氏名	男・女	MTSH	年	月	日生( 歳)
結核既往:無・有 ( 歳)		伝染性疾患( )		薬剤等アレルギー:無・有( )		
医療処置 : <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥創						
<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 尿留置カテ <input type="checkbox"/> 静脈栄養 末梢・中心 <input type="checkbox"/> たん吸引						
ADL自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2						
認知自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				認知症評価: HDS-R MMSE		
麻痺: 無・有 ( )		拘縮: 無・有 ( )		関節痛: 無・有 ( )		
機能障害: 言語( ) 視覚( ) 記憶( ) 注意( ) 遂行( ) 行動( )						

	疾患名	発症年月	診療機関名
現主疾患			
既往疾患			
病状経過 検査結果 治療経過			
処方内容			

検査所見 ( 年 月 日施行) *3ヶ月以内の値をご記入ください				
T-P	GOT	Hct	CRP	胸部X-P 所見( 年 月 )
ALB	GPT	PLT	Na	
TC	γ-GTP	BUN	K	
TG	WBC	Cre	Cl	
LDL	RBC	Glu	Ca	心電図 所見( 年 月 )
HDL	Hb	HbA1C	HBs抗原 - ± +	
心不全の方は NT-proBNP			HCV抗体 - ± +	
その他 :				

※ 検査所見について、空欄がないようにご記入ください

—診療録のサマリーや検査データの添付を歓迎します—