診療情報提供書

地域密着型特別養護老人ホーム南之郷
認知症高齢者グループホーム南之郷

ふりがな		男・女	生年月日
氏　名			Ｔ・Ｓ 年　月　日
住所	〒 鹿児島県曽於市		

主病名	発症年月日	主病名	発症年月日	既往歴

認知症	無　・　有　　　診断名
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M
障害者高齢者の日常生活自立度	□自立　□J１　□J2　□A１　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2

CT所見（６ヵ月以内）		服薬中の薬剤名
胸写所見（６ヵ月以内）		
心電図所見（６ヵ月以内）		各種検査値（６ヵ月以内）
アレルギー	薬物　無・有（　　） 食物　無・有（　　） その他	WBC（　）　TP（　）　K（　） RBC（　）　ALB（　）　Cl（　） Hb（　）　BUN（　）　HBs抗原（　） Ht（　）　CRE（　）　HBs抗体（　） plt（　）　AST（　）
皮膚疾患	□　なし □　あり　部位（　　）	CRP（　）　ALT（　） FBS（　）　Na（　）

褥瘡	□　なし □　あり　部位（　　）	感染症	□なし □あり　部位（　　）
食事の準備	□一般食　□治療食　糖尿病・減塩食 □　その他（	水分制限 カロリー制限	□なし□あり　ml □なし□あり　Kal
精神・神経症状の有無	□　無　□　有　（　診断名　） （有の場合　⇒　専門医受診の有無　□無　□有　医療機関名：		

平成　　年　　月　　日

医療機関名：

診療科：

医師名：　　　　　　　　印