

紹介状(兼)健康情報提供書

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の

所在地及び名称:

電話番号:

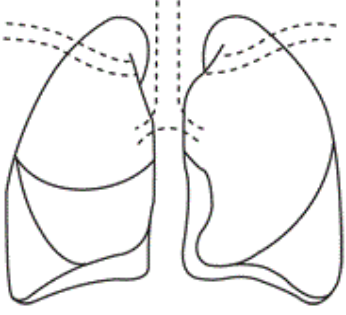
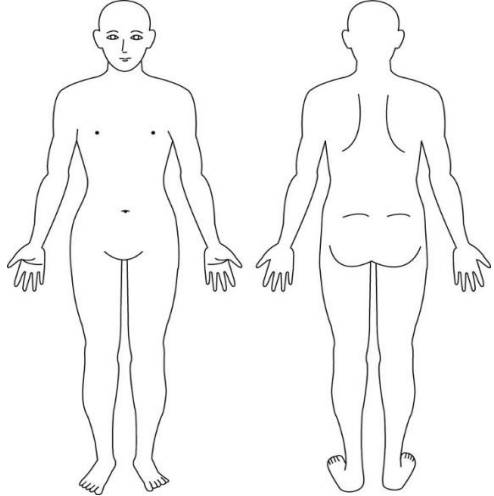
医師氏名:

印

フリガナ	性別	男・女
患者氏名	生年月日	大・昭 年 月 日(歳)
患者住所	電話番号	

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	
認知症について	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
	周辺症状: <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ()
症状経過、治療経過、既往歴及び家族歴	
薬剤禁忌 無 ・ 有()	
現在の処方	
要介護状態区分: 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	
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	
認知症高齢者の日常生活自立度 : 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	自立 見守り 一部介助 全面介助
食事	自立 見守り 一部介助 全面介助
排泄	自立 見守り 一部介助 全面介助
入浴	自立 見守り 一部介助 全面介助
着替	自立 見守り 一部介助 全面介助
整容	自立 見守り 一部介助 全面介助
本人及び家族の要望	
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)	
備考	

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

計測	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg																		
血液・尿検査	血液																								
	Na	()	mEq/l	赤血球	()	万/mm ³																			
	K	()	mEq/l	白血球	()	/mm ³																			
	GOT	()	IU/l	血小板	()	/mm ³																			
	GPT	()	IU/l	Hb	()	g/dl																			
	総コレステロール	()	mg/dl	Ht	()	%																			
	FBS	()	mg/dl																						
	BUN	()	mg/dl																						
	クレアチニン	()	mg/dl																						
	尿酸	()	mg/dl				尿																		
	総蛋白	()	g/dl				蛋白																		
	アルブミン	()	g/dl				糖																		
	HbA1c	()	%	糖尿病の方のみ			潜血																		
感染症	HBs抗原 定性(陰性・陽性)		結核の既往(有・無)		(病名・排菌等)		有・無																		
	HCV(Ⅲ)抗体(陰性・陽性)																								
胸部X線写真				四肢運動障害																					
 <p>令和 年 月 日 撮影</p> <p>所見:</p>				 <p>(障害部位に斜線)</p>																					
心電図所見				障害名 : 障害の程度 : 原因疾患 :																					
皮膚疾患				嚥下障害																					
なし あり <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">部位</td> <td style="padding-left: 5px;">)</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">疥癬()</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">湿疹()</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">褥瘡()</td> <td></td> </tr> </table>				部位)	疥癬()		湿疹()		褥瘡()		なし あり <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">状態</td> <td style="padding-left: 5px;">)</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">原因疾患</td> <td style="padding-left: 5px;">)</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">脳梗塞</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">パーキンソン病</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">その他()</td> <td></td> </tr> </table> <p>嚥下造影や嚥下内視鏡をされていましたならば、その所見も添付してください。</p>				状態)	原因疾患)	脳梗塞		パーキンソン病		その他()	
部位)																								
疥癬()																									
湿疹()																									
褥瘡()																									
状態)																								
原因疾患)																								
脳梗塞																									
パーキンソン病																									
その他()																									