

# 診療情報提供書

ふりがな		男 女	生年月日
氏名			M・T・S 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		

認知症	有・無	診断名	発症年月日
病名・発症年月日		現症	
既往歴・発症年月日		処方内容	

入所に関する主治医の意見

アレルギーの有無	無・有( )		
身体状況	運動障害	無・有( )	視力障害 無・有( )
	言語障害	無・有( )	聴力障害 無・有( )
日常生活の自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症状態	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
行動・心理症状	無	徘徊	不穏 攻撃行動 不潔行為 その他( )
精神状態	正常	不安	うつ 興奮 幻覚 妄想 睡眠障害 その他( )
血圧	/	心電図	異常なし 異常有り 胸部X-P
血液検査	実施日: 年 月 日	★血液検査・感染症検査データを添付して下さい。	
感染症	無・有( )		
褥瘡	無・有	部位( )	程度 大きさ( ) 処置( )

その他	令和 年 月 日
	医療機関名
	所在地
	電話 医師氏名