

診療情報提供書(アライブケアホーム所定書式)

氏名		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳
----	--	-----	------	-------	---	---	----	---

アライブケアホームでは、必ず体験入居時に血液、感染症の検査をお願いしています。
1項目でも未検査がある場合、体験入居のお受け入れができません。
 全項目検査にご協力ください。尚、検査結果は、**3ヶ月以内の値**をご提示くださりますようよろしく
 お願いいたします。

検査日 年 月 日

血液検査		既往歴	
血液型 (型) Rh ()		年月	病名 治療の有無
※血液検査・尿検査の結果はデータを添付していただくだけでも結構です。		/	治療中・完治
白血球数	/μl	/	治療中・完治
赤血球数	×10 ⁴ /μl	/	治療中・完治
血色素量(ヘモグロビン)	g/dl	/	治療中・完治
ヘマトクリット	%	/	治療中・完治
血小板数	×10 ⁴ /μl	現病名	
総蛋白	g/dl	現病歴	
血糖(グルコース)	mg/dl		
GOT	IU/l/37°C		
GPT	IU/l/37°C		
γ-GTP	IU/l/37°C		
総コレステロール	mg/dl		
中性脂肪	mg/dl		
クレアチニン	mg/dl		
尿酸	mg/dl		
Na	mEq/l		
K	mEq/l		
Cl	mEq/l		
HBs抗原 (+ ・ -)			
HCV抗体 (+ ・ -)			
感染症			
①MRSA (+ ・ -)+のときの部位()			
②その他感染症疾患の有無 (+ ・ -)		食物アレルギー	有・無 ()
※(+)の場合その疾患()		薬剤アレルギー	有・無 ()
尿検査		有の場合、薬剤名 ()	
糖	潜血	一般状態	
蛋白	ケトン	身長	cm 体重 kg
胸部エックス線検査		意識	体温 °C
胸部XP所見	撮影年月日 年 月 日	脈拍	回/分 呼吸 回/分
1. 異常なし	2. 所見あり	血圧	~ mmHg
		心電図所見	
活動性結核に関して 結核菌(+ ・ -)			
※結核菌塗末検査に関しては、胸部レントゲンで活動性結核の疑いがある場合のみで結構です。			

■ 以下に関しては、わかる範囲でご記入をお願いします。

日常活動能力		基本動作能力	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 形態(普 ・ 刻み ・ 粗刻み ・ ミキサー)	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
屋内歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	屋外歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
四肢の状態	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 麻痺 (有 ・ 無) 部位: 左上肢 ・ 左下肢 ・ 右上肢 ・ 右下肢 状態:		
言語障害 : 有 ・ 無	視力障害 : 有 ・ 無	聴力障害 : 有 ・ 無	意思疎通 : 可 ・ 困難
認知症の程度	無 ・ 物忘れ程度 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 (長谷川式 点)※実施日()		
具体的な認知症症状 (症状記入)			
周辺症状(BPSD)	徘徊 : 有 ・ 無 (状況:)		
	不潔行為 : 有 ・ 無 (状況:)		
	暴力・暴言行為 : 有 ・ 無 (状況:)		
	異食行為 : 有 ・ 無 (状況:)		
	その他の周辺症状(具体的に)		
皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 褥瘡 (有 ・ 無) 部位: 処置: 状態: I ・ II ・ III ・ IV <input type="checkbox"/> その他特記事項		
異常時・緊急時のご指示			
現在の状況	在宅療養中 ・ 施設入所中および入院中 (入院日 年 月 日)		
貴病院名又は貴施設名 _____ ご住所 _____ TEL () _____ FAX () _____ 医師名 _____			
年 月 日 記載			