

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。  
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**をご提示くださいますようお願いいたします。

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	/ $\mu$ l	/		治療中・完治		
赤血球数	$\times 10^4$ / $\mu$ l	/		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	$\times 10^4$ / $\mu$ l	現病名				
総蛋白	g/dl	感染症疾患の有無 ( + ・ - ) ※(+)の場合その疾患( )				
血糖(グルコース)	mg/dl					
GOT	IU/l/37°C					
GPT	IU/l/37°C					
$\gamma$ -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	現病歴				
Cl	mEq/l	処方				
HBs抗原 ( + ・ - )						
HCV抗体 ( + ・ - )						
尿検査						
糖	潜血					
蛋白	ケトン					
一般状態						
身長	cm				体重	kg
意識					体温	°C
脈拍	回/分				呼吸	回/分
血圧	~	mmHg				
胸部エックス線検査		食物アレルギー 有・無 ( )				
胸部XP所見 撮影年月日 年 月 日 1. 異常なし 2. 所見あり		薬剤アレルギー 有・無 ( )				
		有の場合、薬剤名 ( )				
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。		心電図所見				

■ 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 ・ ミキサ一)	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			