



診療情報提供書

ふりがな		男	生 年 月 日		
氏 名			女	明治	大正
			年	月	日 (歳)

認知症 診断名	<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"/> 前頭側頭型認知症 (FTD) <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()
------------	---

診断を受けた医療機関		診断時期	年 月 頃
------------	--	------	-------

病名 ・ 発症年月日	処方内容
既往歴 ・ 発症年月日	

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 ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
-------	---

行動・心理症状 精神状態	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為
	<input type="checkbox"/> その他 ()

血 圧	/	心電図	異常 無 有 ()	胸部X-P
-----	---	-----	------------	-------

血液検査	実施日：令和 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	HCV抗体 () STS () TPHA () MRSA ()
	HBS抗原 () ←陽性時は右の検査必要 HBE抗原 () HBE抗体 ()
	その他 伝染性疾患 ()

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