

検査データコピー添付のお願い

診療情報提供書・ADL表と一緒に

必ず下記の検査データのコピーを添付してください。

(こちらの用紙にご記入いただく必要はございません)

《検査項目》

1 **血液型**

2 **血液学**

WBC RBC
Hb Ht
血小板

3 **生化学**

TP	ALB	GOT	GPT
ChE	γ GTP	T-cho	尿素窒素
クレアチニン	Na	Cl	K
Ca	CRP	血糖	HbA1C
Fe	TIBC	UIBC	

※ 糖尿病がある場合は、血糖・HbA1Cの検査を必ずお願いします。

4 **HBS (抗原/抗体)**

5 **HCV (抗原/抗体)**

6 **梅毒** (TPHA・ガラス板法・ワッセルマン氏法 等)

7 **薬剤感受性を含めた細菌検査** 咽頭 又は 鼻腔

※ MRSAが陽性の場合には(保菌状態であっても)、治療をお願いしております。
必ず検査していただけますようお願いいたします。

ADL表

様

歳 (男・女)

身長

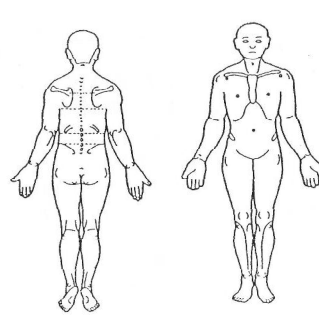
cm / 体重

kg

記載日 H 年 月 日

食事	経口摂取	自立 (スプーン・箸・自助具) 見守り 一部介助 全介助							
	形態	主食・・・ 常食 お粥 (分粥) 流動食							
		副食・・・ 常菜 軟菜 刻み ミキサー ペースト ムース食 とろみ							
	治療食	/減塩 g / kcal							
	嚥下	むせない 時々むせる 毎回むせる							
経管栄養	経鼻胃管 胃瘻 (バルーンタイプ・バンパータイプ) その他 ()								
	経管栄養剤の種類・・・								
アレルギー	食物アレルギー なし/あり () 禁忌食品 なし/あり ()								
排泄	尿便意	尿意・・・ あり 時々あり なし / 便意・・・ あり 時々あり なし							
	日中	トイレ ポータブルトイレ リハビリパンツ オムツ (紙・布) 尿器							
		自立 誘導 見守り 一部介助 全介助							
	夜間	トイレ ポータブルトイレ リハビリパンツ オムツ (紙・布) 尿器							
自立 誘導 見守り 一部介助 全介助									
移動	歩行	自立 見守り 伝い歩き 杖歩行 歩行器 シルバーカー 不可							
	車椅子	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助 リクライニング式なら可能 不可						
		操作	自立 見守り 一部介助 全介助						
	寝返り	自立 何かにつかまれば可 一部介助 全介助							
	起き上がり	自立 何かにつかまれば可 一部介助 全介助							
	麻痺								
拘縮									
意思疎通	会話	話せる 話せるが聞き取りにくい 話せない その他 ()							
	言語障害	失語症 構音障害 その他 ()							
	理解力	理解できる 理解できない時がある 理解できない							
	意識レベル	JCS GCS							
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助								
視力	見える 見えにくい 見えない (右・左)								
聴力	聴こえる 聴こえにくい 聴こえない (右・左) 補聴器使用 (右・左)								
感染症	MRSA HCV HBV 梅毒 疥癬 緑膿菌 その他 ()								
認知症状・精神症状	記憶障害 記銘力障害 見当識障害 幻聴・幻覚 被害妄想 昼夜逆転 不潔行為 異食行為 介護抵抗 独語 抑制 (方法) 暴言・暴行 (症状) 大声・奇声 (症状) 徘徊 (症状) その他 ()								
医療処置	点滴 () IVH () 気管切開 喀痰吸引 (回/日) 酸素 (ℓ/分) 人工肛門 膀胱瘻 バルーンカテーテル (Fr) インシュリン注射 (回/日 ...) 褥瘡 (部位 大きさ 深さ) その他 ()								

看護サマリー

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	歳
住所	〒			TEL				
病名				感染症	有・無 ()			
				アレルギー	有・無 ()			
				禁忌	()			
既往症				連絡先	①			
					②			
					③			
				家族構成				
入院まで及び入院中の経過								
退院時の問題点	日常生活状況							
治療・処置内容	食 事	自立・一部介助・見守り・全介助 食事形態 () 嚥下障害 (有・無) ムセ (有・無) 経管栄養 (鼻腔・胃瘻・腸瘻) その他 ()						
	移 動 活 動	自立・一部介助・見守り・全介助 独歩・歩行器・杖・シルバーカー 車椅子・その他 ()						
	排 泄	自立・一部介助・見守り・全介助 日中 (オムツ・ポータブル・尿器) 夜間 (オムツ・ポータブル・尿器) バルーン (Fr) 最終排便 ()						
	保 清	洗面 (自立・一部介助・全介助) 更衣 (自立・一部介助・全介助) 入浴 (一般浴・機械浴) 最終入浴 ()						
特記事項	認知症	有・無 暴言・大声・介護抵抗・被害妄想 昼夜逆転・徘徊 その他 () 抑制 (方法)						
内服薬	退院時の身体麻痺・褥瘡等の状態							
入院年月日	年	月	日					
退院年月日	年	月	日					
最終バイタル	KT=	P=	BP=					

平成 年 月 日

記載者

診療情報提供書

紹介先医療機関名 桃泉園 北本病院

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名 ⑩

患者氏名		性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 才	職業	

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。