

# 記入例

介護老人保健施設ぶんすい殿

主治医の先生に作成いただき、入所申し込み書と併せて老健ぶんすいにご提出ください。

令和〇年 〇月 〇日

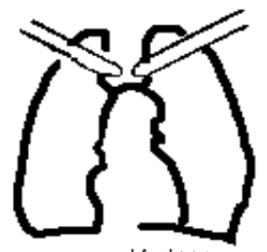
## 医療情報提供書

医療機関（名称・所在地・電話番号等）

〇〇〇〇 病院

担当医 〇〇 〇〇 印

患者	氏名	ぶんすい 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男・女
	生年月日	大・ <input checked="" type="radio"/> 昭	〇〇年 〇月 〇日生	( 〇〇歳)
診断		紹介の目的		
病歴と経過の概略及び家族歴				
現在の病態及び処方内容				
褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		留置カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

認知症症状	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 ) 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 弄火 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> なんとか可能 <input type="checkbox"/> できない	
	胸部レントゲン  検査日 年 月 日	感染症についての検査結果 Wa-R ( ) HBs抗原 ( ) HCV抗体 ( ) MRSA ( ) その他 ( )
検査所見	心電図所見	結核等感染症の既往 <input type="checkbox"/> なし
	一般臨床所見 検査日 年 月 日	
	脳の画像所見 (CT・MRI) 検査日 年 月 日	
担当医意見 (介護で注意すべき点など)		本人及び家族の要望

「胸部レントゲン」及び「感染症についての検査結果」は必ずご記入いただくようお願いいたします。