

# 共通診療情報提供書（伊勢地区）

年 月 日

医療機関名

宛

主治医名

⑧

氏名	様	男 ・ 女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所	Tel			
現在の病名 (介護サービス提供上重要なものから順に記入してください。)				
①	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定
②	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定
③	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定
④	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定
⑤	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定
主な既往歴			使用中薬剤	
症状及び経過			胸部X線検査	
			 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 実施不能	
心電図	( 年 月 日実施)		皮膚疾患 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 疥癬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
血液検査	採血検査日時 ( 年 月 日 実施 ) 必要採血項目に○をしてください。(採血データ添付可)			
	RBC	×10 <sup>4</sup> /μL	T-bil	mg/dL
	Hb	g/dL	Glu	mg/dL
	Hct	%	HbA <sub>1c</sub>	%
	WBC	/μL	UA	mg/dL
	PLT	×10 <sup>4</sup> /μL	BUN	mg/dL
	LDL-chol	mg/dL	CRE	mg/dL
	HDL-chol	mg/dL	Na	mEq/L
	TG	mg/dL	K	mEq/L
	LDH	IU/L	Cl	mEq/L
※ 感染症	HBs抗原	+ ・ -	ワセリン	+ ・ -
	HCV抗体	+ ・ -	MRSA	+ ・ -
※ 尿検査	蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) ウロビリノーゲン ( ) ケトン ( )			
障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		BPSD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		自立・I・II <sub>a</sub> ・II <sub>b</sub> ・III <sub>a</sub> ・III <sub>b</sub> ・IV・M		症状 ( )
介護度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
実施中の措置				
<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
特記事項				