

現在診療を受けている医師に記入していただきたいと思います。

上伊那生協病院 診療情報提供書

(該当項目に○印をお願いします。)

紹介先医療機関名: 上伊那生協病院 担当医宛

患者氏名		性別	男 女	生年月日		明治 昭和	大正 平成	年	月	日生	歳
主病名		発症日 年 月 日 治療経過									
合併症 既往歴	* 現在治療中のものを記入してください。 ① ② ③ ④		コントロールの状態								
障害老人の日常生活自立度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2											
廃用症候群 ・無 ・軽度 ・中等度 ・重度											
●意識障害 ・無 ・仰眠 ・半昏睡 ・昏睡 ●精神症状 意欲障害 ・無 ・軽度 ・中等度 ・重度 夜間譫妄 ・無 ・時々 ・頻繁 ・常時 徘徊 ・無 ・時々 ・頻繁 ・常時 抑鬱 ・無 ・軽鬱 ・鬱 ・妄想 * その他、治療・介護の妨げとなる所見を具体的に記入してください。 () ●運動麻痺 ・無 ・左 ・右 上肢・手指 ・軽度 ・中等度 ・重度 下肢 ・軽度 ・中等度 ・重度 関節拘縮 ・無 ・軽度 ・中等度 ・重度 ●運動失調 ・無 ・軽度 ・中等度 ・重度 ●立位保持 ・可 ・介助 ・全介助 ・不可 ●訓練歩行 ・可 ・介助 ・全介助 ・不可				●失語症 ・無 ・軽度 ・中等度 ・重度 ●構音障害 ・無 ・軽度 ・中等度 ・重度 ●嚥下障害 ・無 ・軽度 ・中等度 ・重度 栄養 ・口 ・鼻腔 ・胃ろう ・経静脈 ●尿失禁 ・無 ・時々 ・常時 ・尿力テ ●便失禁 ・無 ・時々 ・常時 ・人工肛門 ●呼吸障害 ・無 ・軽度 ・常時 ・重度 処置 ・無 ・吸引 ・酸素 ・気切 ●褥創 ・無 ・仙骨部 ・大転子 ・他 ●疼痛 ・無 ・左 ・右 ・両側 部位 ・肩 ・肘 ・腰 ・股 ・膝 ●痙攣発作 ・無 ・有 ●その他処置 ・無 ・有							
紹介目的 ・リハビリ ・療養 ・その他() 入院リハビリ効果の見通し ・有(ある程度有も含む) ・無(あまりなさそうも含む) ・不明 注意事項、今後問題となることが予想される事項 (荷重の程度や期間、固定期間、運動量の制限、退院後の受け入れなど)						現在の処方(注射・点滴・処置) 他科受診 ・無 ・有 ・不明 内容()					
感染症 MRSA(+ ・ -) Hbs抗原(+ ・ -) HCV抗体(+ ・ -)											
紹介元医療機関						20 年 月 日					
所在地 〒 -											
名称						Tel ()					
診療科				科		医師氏名		印			