診療情報提供書(アライブケアホーム所定書式)

氏名		男・女	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日 生　　歳

アライブケアホームでは、体験入居時に血液、感染症の検査をお願いしています。
全項目検査にご協力ください。尚、検査結果は、３ヶ月以内の値をご提示くださいますようよろしくお願いいたします。血液検査・尿検査の結果データ添付も可です。

検査日　　年　　月　　日

血液検査

白血球数	／μl
赤血球数	×10／μl
血色素量(ヘモグロビン)	g/dl
ヘマトクリット	%
血小板数	×10／μl
総蛋白	g/dl
血糖(グルコース)	mg/dl
GOT	IU/l/37℃
GPT	IU/l/37℃
γ－GTP	IU/l/37℃
アルブミン(ALB)	g/dL
総コレステロール	mg/dl
中性脂肪	mg/dl
クレアチニン	mg/dl
尿酸	mg/dl
Na	mEg/l
K	mEg/l
Cl	mEg/l
HBs抗原	(　＋・－　)
HCV抗体	(　＋・－　)

尿検査

糖	潜血
蛋白	ケトン

一般状態

身長	cm	体重	kg
意識		体温	℃
脈拍	回／分	呼吸	回／分
血圧	～	mmHg	

胸部エックス線検査

胸部XP所見　　撮影年月日　　年　　月　　日

1. 異常なし　　2. 所見あり

活動性結核に関して　　結核菌(＋・－)
※結核菌塗末検査に関しては、胸部レントゲンで
活動性結核の疑いがある場合のみで結構です。

既往歴

年月	病名	治療の有無
／		治療中・完治
／		治療中・完治
／		治療中・完治
／		治療中・完治
／		治療中・完治

肺炎球菌予防接種履歴
最終接種日　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種履歴
最終接種日　　年　　月　　日

新型コロナウイルスワクチン　　(　　回目)
最終接種日　　年　　月　　日

現病名

感染症疾患の有無　(＋・－)
※(＋)の場合その疾患(　　)

現病歴

処方

食物アレルギー　有・無(　　)

薬剤アレルギー　有・無(　　)

有の場合、薬剤名(　　)

心電図所見

■以下に関しては分かる範囲でご記入をお願いします。

日常生活動作の自立度		基本動作能力	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 形態（普 ・ 刻み ・ 粗刻み ・ ミキサー）	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
屋内歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	屋外歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

四肢の状態	☐ 特に問題なし		
	☐ 麻痺 （ 有 ・ 無 ） 部位: 左上肢 ・ 左下肢 ・ 右上肢 ・ 右下肢		
	状態:		
言語障害: 有 ・ 無	視力障害: 有 ・ 無	聴力障害: 有 ・ 無	意思疎通: 可 ・ 困難
認知症の程度	無 ・ 物忘れ程度 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 （長谷川式 点）※実施日( )		
	認知症生活自立度 Ⅰ Ⅱ Ⅱa Ⅱb Ⅲ Ⅲa Ⅲb Ⅳ M		
具体的な認知症症状（症状記入）			
周辺症状(BPSD)	徘徊 : 有 ・ 無 （状況: ）		
	不潔行為 : 有 ・ 無 （状況: ）		
	暴力・暴言行為 : 有 ・ 無 （状況: ）		
	異食行為 : 有 ・ 無 （状況: ）		
	その他の周辺症状(具体的に)		
皮膚の状態	☐ 特に問題なし		
	☐ 褥瘡 （ 有 ・ 無 ） 部位: 処置:		
	状態: Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ		
	☐ その他特記事項		
異常時・緊急時のご指示			
現在の状況	在宅療養中 ・ 施設入所中および入院中 （入院日 年 月 日）		

貴病院名又は貴施設名

ご住所

TEL （ ）

FAX （ ）

医師名

年 月 日 記載