

# 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	M・T・S	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	既往歴			
	年月	病名	治療の有無	
白血球数 / $\mu$ l	/		治療中・完治	
赤血球数 $\times 10 / \mu$ l	/		治療中・完治	
血色素量(ヘモグロビン) g/dl	/		治療中・完治	
ヘマトクリット %	/		治療中・完治	
血小板数 $\times 10 / \mu$ l	/		治療中・完治	
総蛋白 g/dl	肺炎球菌予防接種履歴 最終接種日                      年                      月                      日			
血糖(グルコース) mg/dl				
GOT IU/l/37°C	インフルエンザ予防接種履歴 最終接種日                      年                      月                      日			
GPT IU/l/37°C				
$\gamma$ -GTP IU/l/37°C	現病名  感染症疾患の有無 ( + ・ - ) ※(+)の場合その疾患(                      )  現病歴			
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 mEq/l				
K mEq/l				
Cl mEq/l				
HBs抗原 ( + ・ - )				
HCV抗体 ( + ・ - )				
尿検査		処方		
糖	潜血			
蛋白	ケトン			
一般状態				
身長                      cm	体重                      kg			
意識	体温                      °C			
脈拍                      回/分	呼吸                      回/分			
血圧                      ~                      mmHg				
胸部エックス線検査				食物アレルギー 有・無 (                      )
胸部XP所見                      撮影年月日                      年                      月                      日				薬剤アレルギー 有・無 (                      )
1. 異常なし                      2. 所見あり		有の場合、薬剤名 (                      )		
		心電図所見		
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。				

■ 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	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 褥瘡 (有 ・ 無) 部位: 処置: 状態: I ・ II ・ III ・ IV <input type="checkbox"/> 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