

通所かかりつけ医意見書

介護老人保健施設 エスピーロ 行

年 月 日

【 紹介元医療機関の所在地及び名称、電話番号 】

医師氏名

④

フリガナ	明治
利用者名: 殿 男・女	生年月日: 大正 年 月 日 昭和
診 断 名	
既 往 歴	
症状経過 及び 現状	投 薬
<small>※3ヶ月以内に血液検査(血算・生化学一般)を実施されている場合には、そのデータのコピーを添付していただけると幸いです。</small>	
デイケア(通所リハビリテーション)利用に関するご意見 現在の心身状況における問題点・デイケアへの希望	
禁忌・注意事項 運動時の注意点 無 ・ 有 () 入浴時の注意点 無 ・ 有 () その他の注意点 無 ・ 有 ()	
感染症について 肺結核 無 ・ 有 (胸部X線 年 月 日実施) その他の感染症 無 ・ 不明 ・ 有 ()	

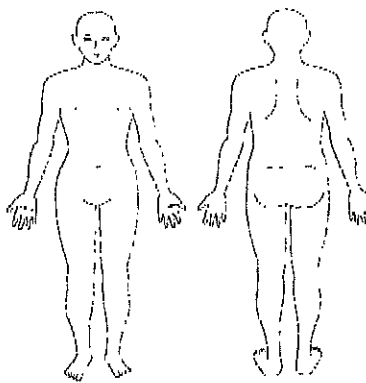
かかりつけ医意見書

介護老人保健施設 エスペーロ 行き

利用者 氏名		性別	男・女	生年 月日	大正 昭和	年	月	日
(歳)								
住所								
日常生活 自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知機能 生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
主病名	(1)	(発症時期: 年 月 日)						
	(2)	(発症時期: 年 月 日)						
	(3)	(発症時期: 年 月 日)						
	(4)	(発症時期: 年 月 日)						
	(5)	(発症時期: 年 月 日)						
既往歴	(1)脳血管障害: 無・有 (発症時期: 年 月 日)						
	(2)心疾患: 無・有 (発症時期: 年 月 日)						
	(3)呼吸器疾患: 無・有 (発症時期: 年 月 日)						
	(4)その他: (発症時期: 年 月 日)						
現病歴								
現症	身長	cm		体重	kg			
	血圧	/ mmHg		脈拍	/分 整・不整			
	意思疎通	良好・やや不良・不良		長谷川式	/ 30点			
	認知症	無・有		スケール	(測定日: 年 月 日)			
	周辺症状	無・有 ()						
	視力障害	無・有 (右・左・両)		聴力障害	無・有 (軽度・中等度・高度)			
	言語障害	無・有		運動障害	無・有			
	嚥下障害	無・有 (軽度・中等度・高度)						
	褥瘡	無・有 (部位:)		感染性 皮膚疾患	無・有 (部位:)			

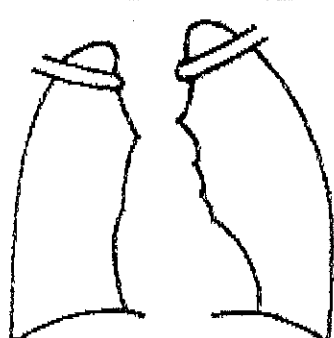
リハビリテーション指示書

年 月 日

フリガナ 利用者氏名	明治 大正 年 月 日 昭和
主傷病名 現状及び問題点 目標 <div style="text-align: center;">  </div>	
留意事項 開始前、または実施中の留意事項 [] 中止する際の基準 [] 特記 []	
リハビリテーション指示項目 <input type="checkbox"/> 身体機能訓練 (関節可動域・筋力・姿勢保持・等) <input type="checkbox"/> 日常生活動作、および手段的日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> その他 []	

医師氏名

印

検査所見	血液検査	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">WBC _____</td> <td style="width: 50%;">GOI _____</td> <td style="width: 50%;">UA _____</td> </tr> <tr> <td>RBC _____</td> <td>GPT _____</td> <td>Na _____</td> </tr> <tr> <td>Hb _____</td> <td>LDH _____</td> <td>K _____</td> </tr> <tr> <td>Ht _____</td> <td>γ-GTP _____</td> <td>FBS _____</td> </tr> <tr> <td>Plt _____</td> <td>T cho _____</td> <td>HbA1c _____</td> </tr> <tr> <td>TP _____</td> <td>BUN _____</td> <td>CRP _____</td> </tr> <tr> <td>Alb _____</td> <td>Cr _____</td> <td></td> </tr> </table>	WBC _____	GOI _____	UA _____	RBC _____	GPT _____	Na _____	Hb _____	LDH _____	K _____	Ht _____	γ-GTP _____	FBS _____	Plt _____	T cho _____	HbA1c _____	TP _____	BUN _____	CRP _____	Alb _____	Cr _____		
	WBC _____	GOI _____	UA _____																					
RBC _____	GPT _____	Na _____																						
Hb _____	LDH _____	K _____																						
Ht _____	γ-GTP _____	FBS _____																						
Plt _____	T cho _____	HbA1c _____																						
TP _____	BUN _____	CRP _____																						
Alb _____	Cr _____																							
		検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日																						
<p>※各項目はすべてご記入をお願い致します。 尚、上記の記入は検査データのコピー添付で代替されても構いません。</p>																								
	感染症	<p>梅毒：(RPR 法： _____ TPHA 法： _____) HBs 抗原： 陰性 ・ 陽性 HCV 抗体： 陰性 ・ 陽性 MRSA (鼻腔・咽頭・喀痰・その他 _____)： 陰性 ・ 陽性</p> <p>※上記項目につきましては検査データのコピーの添付をお願い致します。</p>																						
胸部 X 線 所見			心電図 所見																					
	CTR _____ % 異常： 無 ・ 有 (_____)		異常： 無 ・ 有 所見： 																					
		撮影日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	施行日： _____ 年 _____ 月 _____ 日																					
現在の 処方内容																								
_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関 所在地 名 称 医師名																								
			印																					