

診療情報提供書

介護付有料老人ホーム つばきの郷 宛

氏名	(ふりがな)	男・女	〒 -
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		連絡先 ()

主治医として、本「診療情報提供書」が介護付有料老人ホームつばきの郷入居判定の資料となることに
同意する 同意しない

(1) 診断名および発症年月日

1. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 症状としての介護施設入居の可能性 介護援助で可能 医療管理が必要 看護管理が必要

(「医療管理」または「看護管理が必要」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 処方内容

特別な医療の有無

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法
レスピレーター 気管切開処置 疼痛の看護 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

※上記チェック項目の詳細

心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意志の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目すべてチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 無 有
- 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗
徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動
その他()

(4) その他の精神・神経症状

- 無 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 有() 無]

診療情報提供書

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= _____ cm 体重= _____ kg

四肢欠損 (部位: _____)

麻痺 右上肢(程度: 軽・中・重) 左上肢(程度: 軽・中・重)

右下肢(程度: 軽・中・重) 左下肢(程度: 軽・中・重)

その他(部位: _____ 程度: 軽・中・重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽・中・重)

関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽・中・重)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽・中・重)

失調・不随意運動 ・ 上肢 右・左 ・ 下肢 右・左

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽・中・重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽・中・重)

生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車椅子の使用 用いていない 主に自走 介助移動

歩行補助具・装具 用いていない 常時使用 屋外や長距離のみ使用

その他 使用具 (_____)

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

⇒ 栄養・食生活上の留意点(_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態

尿失禁 転倒 移動能力低下 褥瘡 心肺機能の低下 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん、リウマチ等による疼痛

その他(_____)

(4) 施設入居における医学的観点からの留意事項

・ 血圧 特になし あり (_____)

・ 移動 特になし あり (_____)

・ 摂食 特になし あり (_____)

・ 運動 特になし あり (_____)

・ 嚥下 特になし あり (_____)

・ その他 (_____)

(5) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 (_____)

(6) 下記項目はデータがあればご記入ください

尿 定 性 蛋白(_____) 糖(_____) 潜血(_____) ウロ(_____)

胸 部 X 線 1.所見なし 2.所見あり(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

心 電 図 2.所見なし 3.所見あり(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

※上記チェック項目の詳細

上記の通り情報を提供します

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医 療 機 関 名
住 所
医 師

印