診療情報提供書

令和　　年　　月　　日

医療機関 所在地
名称
電話番号
担当医師

㊞

利用者	フリガナ		性別	男　・　女
	氏　名			
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（　　歳）		
	住　所	〒 自宅　　－　　－　　. 携帯　　－　　－		
主疾患				
介護を要する現況				
既往歴	①	（発症　　年　　月）		
	②	（発症　　年　　月）		
	③	（発症　　年　　月）		
	④	（発症　　年　　月）		
	⑤	（発症　　年　　月）		
	⑥	（発症　　年　　月）		

主疾患の経過及び加療内容

現在の処方内容

皮膚疾患	無　・　有（褥瘡・白癬・疥癬・湿疹・その他　　） （部位　：　　）
アレルギー歴	無　・　有（薬剤・食品・その他　　）
医療的処置	無　・　有（胃ろう・尿道カテーテル・その他　　）

（ポプラグループ共通様式）

日常生活の自立度について

*ADL状態（寝たきり度）　□自立　□ J1　□J2　□A1　□A2　□B1　B2　□C1　□C2

*認知症状態　□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

問題行動	無 ・ 有 （徘徊・不穏・暴言・攻撃行動・不潔行為・その他　　）
精神状態	正常 ・ 有 （心気症状・不安・鬱・興奮・幻覚・妄想・不眠・その他　　）

身体機能

*四肢変形・欠損　無 ・ 有 （部位：　　）

*麻痺　無 ・ 有 （部位：　　）

*関節拘縮　無 ・ 有 （部位：　　）

*筋力低下　無 ・ 有 （部位：　　）

*知覚低下　無 ・ 有 （部位：　　）

*失調・不随意運動　無 ・ 有 （部位：　　）

感染症

*TPHA （－・＋）　*MRSA （－・＋）

*HBs抗原 （－・＋）　*結核 （－・＋）

*HCV抗体 （－・＋）

* PCR検査 （－・＋）　（　月　日 ）

もしくは

* 抗原検査 （－・＋）　（　月　日 ）

*その他（　　）

心電図

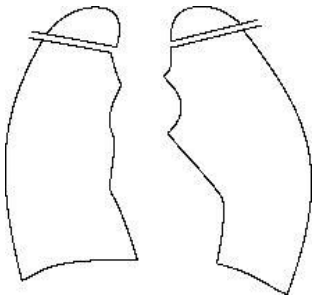
異常あり ・ 異常なし

血圧　／　mmHg

※異常ありの場合、心電図を添付してください。

胸部X線（直接・間接）

（　　年　月　日）



異常あり ・ 異常なし

※異常ありの場合、X線写真を添付してください。

検査所見 （検査日：　　年　月　日）

血液	赤血球	万個／μl	血液生科学	総蛋白質	g／dl	血液生科学	クレアチニン	mg／dl
	白血球	個／μl		アルブミン	g／dl		尿酸	mg／dl
	ヘモグロビン	g／dl		GOT	IU／l		Ca	mg／dl
	ヘマトクリット	%		GPT	IU／l		K	mEq／l
	血小板	万個／μl		γ-GTP	IU／l		Cl	mEq／l
尿	糖	－ ± ＋ ＋＋ ＋＋＋		ALP	IU／l		Na	mEq／l
	蛋白	－ ± ＋ ＋＋ ＋＋＋		HDL-C	mg／dl		CRP	mg／dl
	ウロビリノーゲン	－ ± ＋ ＋＋ ＋＋＋		LDL-C	mg／dl		空腹時血糖	mg／dl
	潜血	－ ± ＋ ＋＋ ＋＋＋		中性脂肪	mg／dl		▲HbA1c	%
				尿素窒素	mg／dl			

▲糖尿病歴のある方のみ

食事制限	カロリー制限（　　Kcal）・塩分制限（　　g）
意思疎通	可能 ・ 不可 ・ 具体的状況（　　）
身体測定値	身長　　cm ． 体重　　kg

その他、特記すべき注意事項など

（ポプラグループ共通様式）