

診 療 情 報 提 供 書

令和 年 月 日

医療機関 所在地
 名 称
 医 師

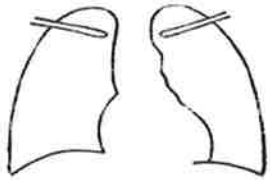
印

氏 名		生年月日 明治・大正・昭和	
		年 月 日(歳)	
住 所			
	電話番号		

病名	(発症年月の記載もお願いいたします)	既往歴	(発症年月の記載もお願いいたします)
病状経過			
認知症	有・無 BPSD: 認知症の行動・心理症状	処方内容	

日常生活自立度 障がい高齢者自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 認知症高齢者自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg

尿検査	蛋白	—	.	+	胸部所見	異常なし . 異常あり
	糖	—	.	+		
	潜血	—	.	+		
感染症	HBs抗原	—	.	+		
	HCV抗体	—	.	+		
	梅毒反応	—	.	+		
	MRSA	—	.	+		
	疥癬既往	無	.	有	結核既往 無 . 有	

日常生活上の注意事項