

診療情報提供書

介護老人保健施設

令和 年 月 日

担当医師 宛

医療機関名
医師氏名

下記患者の診療情報を提供しますので宜しくお願いいたします。

氏名 様 (男・女)	住所
生年月日 M・T・S 年 月 日 (才)	電話番号
現病名	内服薬
既往歴 発症年月日/疾患名/医療機関	要介護度 (要支援 I・II) (I・II・III・IV・V) 長谷川式スケール(/30点) 障害高齢者の生活自立度 (自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2) 認知症高齢者の生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 認知症状(有・無) (具体的に)
左・右利き 身長 cm 体重 kg 血圧 / 尿・蛋白質() 糖() 潜血()	
検査所見	
胸部X・P所見	心電図所見
血液検査 白血球 : _____ T P : _____ GOT : _____ Na : _____ 赤血球 : _____ アルブミン : _____ GPT : _____ Cl : _____ 血色素 : _____ T G : _____ γ GTP : _____ K : _____ 血糖値 : _____ mg/dl (食前・食後 時間) T C : _____ CRP : _____ 血小板 : _____ クレアチニン : _____ mg/dl BUN : _____ HbA1c : _____ g/dl Fe : _____	
感染症状 梅毒反応 (陰性・陽性) HCV (陰性・陽性) HBS抗原 (陰性・陽性) HBS抗体 (陰性・陽性) MRSA (陰性・陽性) (摂取部位) 鼻腔・咽頭・他	皮膚病(有・無) (病名) (部位)

※3ヶ月以内のデータをお願いいたします。