診療情報提供書

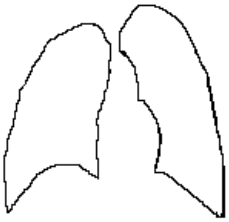
作成年月日　　年　　月　　日

介護老人保健施設 愛　　御中

医療機関の所在地

名称

医師名　　印

氏　　名 男　・　女	皮膚疾患　　なし　・　あり 病名（　　） 疥癬・褥瘡・部位（　　） 検査年月日　　年　　月　　日
生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）	
住　　所	感　染　症 ＨＢｓ（　　）　ＨＣＶ（　　） ※ＨＣＶ抗体抗原の有無（　　） ＴＰＨＡ（　　）　ガラス板（　　） ＭＲＳＡ／部位　（　　）／（　　） 検査年月日　　年　　月　　日
身長　　cm　体重　　kg　血液型　　型	
現病名　　発症年月日	血液検査 ＲＢＣ(　　)　ＷＢＣ(　　)　Ｈｔ(　　) ＡＳＴ【GOT】(　　)　ＡＬＴ【GPT】(　　) ＢＵＮ(　　)　Ｃｒ(　　)　ＵＡ(　　) Ｈｂ(　　)　ＦＢＳ(　　)　ＨｂＡ1c(　　) ＴＰ(　　)　ＡＬＢ(　　)　Ｔ-ＣＨＯ(　　) Ｃａ(　　)　Ｎａ(　　)　Ｋ(　　) 検査年月日　　年　　月　　日
既往歴　　発症年月日	
治療内容（処方･処置内容等）	検尿 蛋白（　）　糖（　）　潜血（　）
	胸部Ｘ－Ｐ　所見　　結　核（　　）  検査年月日　　年　　月　　日
血圧　　/　　mmHg 脈拍　　/分　　整・不整	心電図所見 検査年月日　　年　　月　　日
日常生活寝たきり度　　自立　Ｊ1　Ｊ2　Ａ1　Ａ2　Ｂ1　Ｂ2　Ｃ1　Ｃ2	
痴呆老人の日常生活自立度　　正常　Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ	
＜リハビリについて＞ □問題なく可能　□次回の受診時まで中止　□不可 （特記事項：　　）	
＜認知症状等のある場合の具体的内容＞（該当する項目に全てチェック） □徘徊　□暴言　□暴力　□介護への抵抗　□異食　□不潔行為　□不安　□鬱　□躁鬱　□幻覚　□幻聴 □幻視　□被害妄想　□睡眠障害　□感情失禁　□その他（　　）	

以上の通り診断します。