

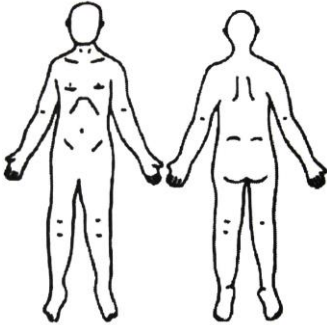
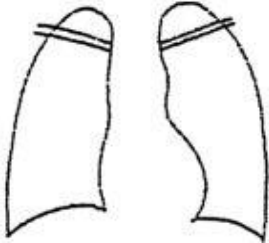
# 診療情報提供書

三田楽寿荘 施設長様

令和 年 月 日

ご紹介元の医療機関  
の所在地・名称  
医師名

印

氏名	様	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳					
現病名				身長	cm		体重	kg					
既往症				AST(GOT) [ ]	Na [ ]		ALT(GPT) [ ]						
現在の病状・治療の経過				γ-GTP [ ]	Cl [ ]		K [ ]						
				総蛋白 [ ]	WBC [ ]		血清アルブミン [ ]						
				T-ch o [ ]	RBC [ ]		Hb [ ]						
				TG [ ]	Ht [ ]		血糖 [ ]						
				血糖 [ ]	MCV [ ]		HbA1c [ ]						
				HbA1c [ ]	Fe [ ]		尿酸 [ ]						
				尿酸 [ ]	LDH [ ]		BUN [ ]						
現在の処方				Crea [ ]	UIBC [ ]		アミラーゼ [ ]						
(薬剤の名称や処方量、投与の方法等詳細に記入下さい)				検査 年 月 日									
身体の状態	麻痺(有・無)												
	拘縮(有・無)												
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 特別な処置  <input type="checkbox"/>点滴の管理   <input type="checkbox"/>透析   <input type="checkbox"/>経管栄養   <input type="checkbox"/>人工肛門  <input type="checkbox"/>酸素療法   <input type="checkbox"/>モニター測定   <input type="checkbox"/>持続膀胱カテーテル  <input type="checkbox"/>その他( )             </div>												
	治療食								有・無 (内容: )				
胸部XIP	有・無			障害老人の									
	病名:			日常生活自立度									
	部位:			認知症老人の									
				日常生活自立度									
皮膚疾患	褥瘡・疥癬			問題行動 徘徊・暴力・不潔・異食・譫妄・妄想・不眠 その他( )									
尿検査	糖 [ ] 蛋白 [ ] 潜血 [ ] その他 [ ]												
感染症	HBs [ ] HCV [ ]								食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	TPHA [ ] ガラス板 [ ]								排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
検査 年 月 日				入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
検査 年 月 日				更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
検査 年 月 日				移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
検査 年 月 日				歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
検査 年 月 日				寝返: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
検査 年 月 日				整容: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
検査 年 月 日				口腔: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									