

診 療 情 報 提 供 書					
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 () 歳
住 所			身 長	cm	体 重 Kg
傷病名 (精神疾患 を含む)					
現病歴					
現在の処方					
感染症	HBs 抗原 () HCV 抗体 () TPHA () ガラス板 () MRSA (なし・あり) (過去 現在 喀痰 尿) 検査年月日: 年 月 日				
アレルギー	薬 ()	食物 ()	その他 ()	血 圧	
検 尿	糖 () 蛋 () 潜血 () 検査年月日: 年 月 日				
認知症の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 日内・日差変動) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (傷病名 _____)				
認知症有の 場合認めら れる症状	<input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 1人で戻れない <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()				
血液検査	AST() ALT() ALP() r-GTP() TP() アルブミン() TG() LDL-C() HDL-C() FBS() CRP() Bun() Cr() WBC() RBC() Hg() Ht() Plt() 血型() Rh() 検査年月日: 年 月 日				

