|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **診　療　情　報　提　供　書**  №１ | | | | | | | | | | |
| 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（ 　 ）　ｶﾞﾗｽ板（　　　）  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 | □有（□日内・日差変動）　　　　　　□無　　　　　　　□不明  （傷病名　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 認知症有の場合認められる症状 | □作話　□幻覚・幻聴　□妄想　□昼夜逆転　□暴言・暴行　□介護への抵抗  □徘徊　□1人で戻れない　□火の不始末　□不潔行為　□異食行為  □性的問題行動　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 血液検査 | AST(　　) ALT(　　) ALP (　　) r-GTP (　　) TP (　　) ｱﾙﾌﾞﾐﾝ(　　)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 | | | | | | | | | |
| 胸部X-P | 所　見 |  | | | | | 撮　影 | | 直接　・　間接  №2 | |
| 検査年月日：　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| EKG  その他 |  | | | | | | | | | |
| 身体の状態 | □四肢欠損　□関節の拘縮　□麻痺　□失調・不随運動　□褥瘡  □その他の皮膚疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 「有」と回答した場合には、それぞれの状態に関して、部位や具体的な状態を記入  　（注）褥瘡瘢痕も記入して下さい。 | | | | | | | | | | |
| 備　考  （嚥下障害等　あれば記入） |  | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。  令和　　　年　　　月　　　日  病院又は診療所の名称  所　　　　在　　　　地  診　療　担　当　科　名　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | |