

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		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	☐ 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					

