

# 診療情報提供書

社会福祉法人 清水福祉会 ケアハウス 鶴見緑地

令和 年 月 日

ケアハウス鶴見緑地 施設長殿

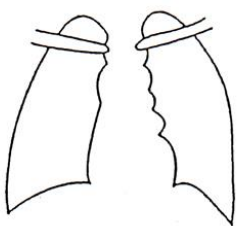
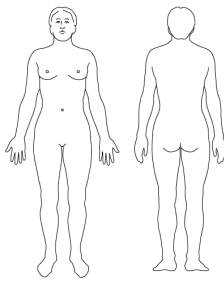
紹介医師名

医療機関名

所在地

TEL ( ) FAX ( )

次のとおり貴施設への入所者を紹介し、健康情報を提供します。

フリガナ			男	明治
氏名			女	大正
住所	〒		昭和 年 月 日生 ( ) 歳	
電話			TEL ( )	
計測	身長	CM	体重	Kg
			血压	/ mmHg
			血液型	RH ( ) 型
アレルギー	無 ・ 有 ( )		嗜好	飲酒 ・ 喫煙
薬剤禁忌	無 ・ 有 ( )			
既往症・ 現病歴	病名	治療期間		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
現在の処方内容 (内服薬 ・ 外用薬等)				
血液生化学				
血液・ 尿便 検査	GOT	( )	KU	赤血球 ( ) 万/mm <sup>3</sup>
	GPT	( )	KU	白血球 ( ) mm <sup>3</sup>
	γGTP	( )	KU	血小板 ( ) mm <sup>3</sup>
	総コレステロール	( )	mg/dl	H b ( ) g/dl
	BUN	( )		H t ( ) %
	尿酸	( )	mg/dl	尿
クレアチニン	( )	mg/dl	蛋白	潜血
その他	MRSA (痰) 保菌者 (陰性) 結核 ( )	TPHA抗原 定性 (陰性・陽性) HCV抗体 定性 (陰性・陽性) HBs抗原 (陰性・陽性) 抗体 (陰性・陽性)	糖	
# MRSA につきましては痰が取れない場合、咽頭培養又は鼻腔培養でお願い致します。				
胸部X線写真		四肢運動障害		
				
令和 年 月 日撮影 所見:		障害名: 障害の程度: 原因疾患:		
皮膚疾患 なし あり 部位		心電図所見		
疥癬 ( ) 湿疹 ( ) 褥瘡 ( )		難聴 無 ・ 有 言語 正常 ・ 困難 視力 右( ) 左( )		
障害高齢者の日常生活自立度 : ( J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ) 認知症高齢者の日常生活自立度 : ( 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ) 特記事項があればご記入ください :				