

# 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

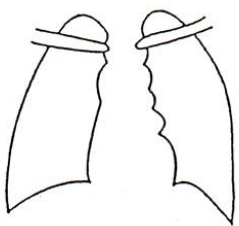
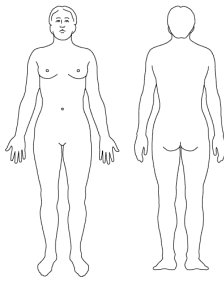
紹介医師名

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
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>
尿 検査	γGTP	( )	KU	血小板	( ) mm <sup>3</sup>
	総コレステロール	( )	mg/dl	H b	( ) g/dl
	BUN	( )	mg/dl	H t	( ) %
	尿酸	( )	mg/dl	尿	
その他	クレアチニン	( )	mg/dl	蛋白	糖
			潜血		ウロビリノーゲン ( )
その他	MRSA (痰)	TPHA抗原 定性 (陰性・陽性)			
	保菌者	陰性	HCV抗体 定性 (陰性・陽性)		
	結核 ( )	HBs抗原 (陰性・陽性) 抗体 (陰性・陽性)			
# 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をお願い致します。					
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( )		
現在の一般状態をお書き下さい。(精神状態、痴呆症状を含む)					