

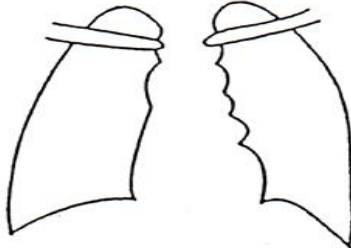
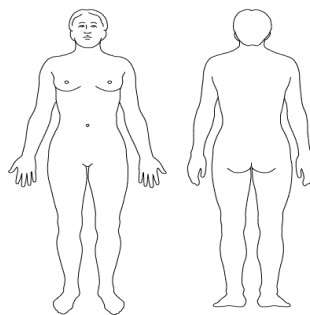
診療情報提供書

令和 年 月 日

施設名 _____

_____ 殿

フリガナ			男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日生 () 歳		
氏名							
住所 電話	〒 _____ TEL () _____						
目的	[○をして下さい] 1. 日常生活動作(ADL)の向上、リハビリテーション 2. 在宅介護者の都合 3. 病院からの家庭復帰のため 4. その他 ()		[入(通)所の希望に○をして下さい] 1. 入所 2. 短期入所 3. 通所				
傷病名 (#1~)							
既往歴 入院歴 入所歴							
現病歴							
現在の処方内容							
点眼:			禁忌薬剤:				
外用:			アレルギー:				
処置	経鼻栄養	胃ろう	尿管バルーン	酸素療法	ストーマ	インシュリン	透析
	その他 ()						

血 圧	/	mmHg	身 長	cm	体 重	kg	
胸部X線所見 (年 月 日撮影)			四肢運動障害 (障害部位に斜線)				
							
心電図所見		脈拍	回/分	障 害 名 :			
皮膚疾患	・なし		認知症	無 ・ 有 (軽度・中等度・重度)			
	・あり 褥瘡 : (部位:)		問題行動	無 ・ 有			
	湿疹 : (部位:)		具体例				
疥癬 : (部位:)							
尿 糖 検 査	タンパク	()	血 液 検 査	白血球数		感 染 症	HBs 抗原 (-・+)
	糖	()		赤血球数			HCV抗原 (-・+)
	潜 血	()		ヘモグロビン			
	ウロビリ	()		ヘマトクリット			
	不詳			血小板数			
T-Bil		UN (BUN)		TP			
AST (GOT)		Cr		ALB			
ALT (GPT)		UA		BS			
γ-GTP		Na		糖尿あればHbA _{1c} ()			
ALP		K		TC			
LDH		Cl		LDL可能ならば			
ChE		CRP		年 月 日 採血			
特記事項							

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

住 所
 医 療 機 関 名
 T E L
 医 師 名

印