

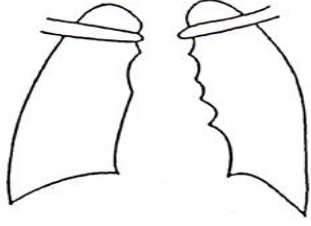
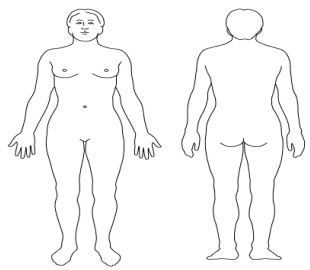
診療情報提供書

令和 年 月 日

施設名 _____

_____ 殿

| | | | |
|-------------------|--|-------------|---|
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 明治 大正 年 月 日生 () 歳 昭和 |
| 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 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 検 査 | タンパク | () | 血 液 検 査 | 白血球数 | | 感 染 症 | HBs抗体 (-・+) |
| | 糖 | () | | 赤血球数 | | | HCV抗体 (-・+) |
| | 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