

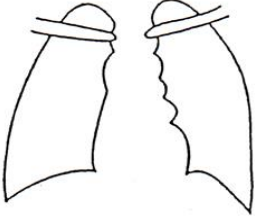
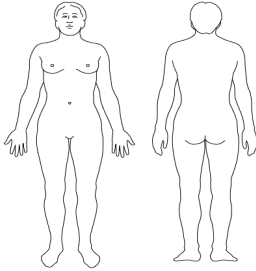
診療情報提供書

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、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:	外用:		禁忌薬剤: アレルギー:
処置	経鼻栄養 胃ろう 尿バルーン 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 / 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 : 無・有(部位:)		問題行動	無 ・ 有	
		湿疹 : 無・有(部位:)		具体例		
疥癬 : 無・有(部位:)						
尿 検 査	タンパク ()	血 液 検 査	白血球数	感 染 症	HBS抗原 無・有	
	糖 ()		赤血球数		HCV抗原 無・有	
	潜血 ()		ヘモグロビン量			
	ウロビリ ()		ヘマトクリット			
	不詳		血小板数			
T-BIL		BUN		TP		
GOT		Cre		Alb		
GPT		UA		BS		
γGTP		Na		糖尿あればHbA _{1c} ()		
ALP		K		TCH		
LDH		Cl		LDL可能ならば		
CHE		CRP		年 月 日 採血		
特記事項・ご希望等						

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

