

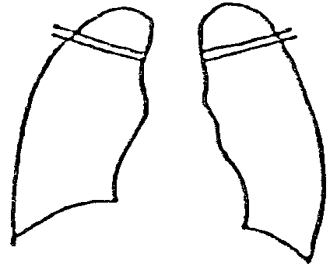
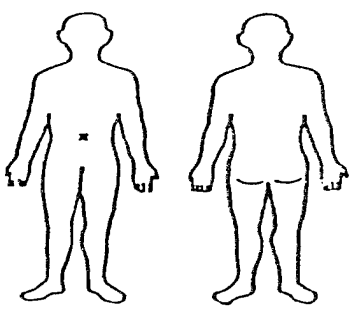
# 診療情報提供書

施設名 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 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 :		
外用薬 :				アレルギー :		
処置	経鼻栄養	胃ろう	尿管	酸素療法	ストーマ	インシュリン 透析 その他 ( )

血圧	/	mm Hg	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)			
 <p>※胸部レントゲン写真の貸出をお願いします。</p>						
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			
尿 検 査	タンパク ( )	血 液 検 査	白血球数			HBS 抗原 (無) (有)
	糖 ( )		赤血球数			HCV 抗体 (無) (有)
	潜血 ( )		ヘモグロビン量			感 染 症
	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			
γ GTP	Na		糖尿あれば HbA <sub>1c</sub> ( )			
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

印