

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

## 紹介元

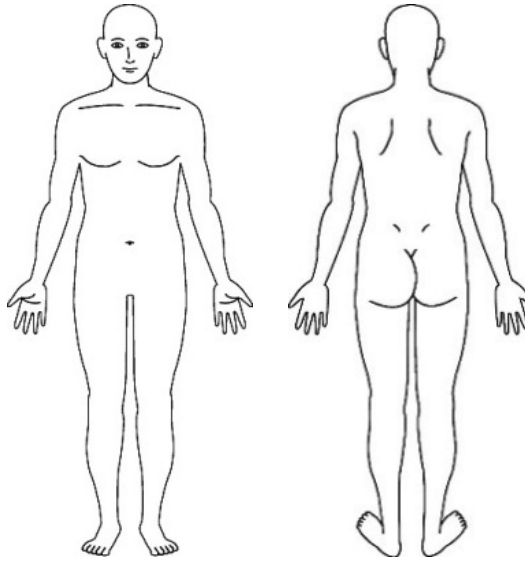
所在地

TEL

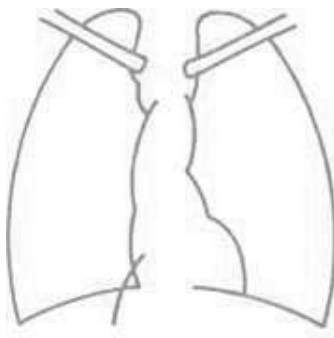
名称

医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年 月 日生	歳
住所 〒	-	TEL	
傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)			
既往歴とその発症年月			
症状経過、検査結果及び治療経過		麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい	
			
現在の処方 ※処方については、別表に記載のうえ、添付ください。			
禁忌薬剤 ( )			
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M			
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)			
備考			

# 診療情報提供書

検査所見 ( 年 月 日 )	
血液検査	白血球数 ( ) $\times 10^3/\text{mm}^3$
	赤血球数 ( ) $\times 10^4/\text{mm}^3$
	血色素量 ( ) g/dl
	ヘマトクリット ( ) %
	血小板数 ( ) $\times 10^4/\text{mm}^3$
	AST ( ) $\mu\text{l}$
	ALT ( ) $\mu\text{l}$
	尿素窒素 ( ) mg/dl
	クレアチニン ( ) mg/dl
	ナトリウム ( ) mEq/l
	カリウム ( ) mEq/l
	カルシウム ( ) mEq/l
	血清蛋白 ( ) g/dl
	血清アルブミン ( ) g/dl
	CRP ( ) mg/dl
	HDL ( ) mg/dl
	LDL ( ) mg/dl
	TG ( ) mg/dl
	血糖値 ( ) mg/dl
	HbA1c ( ) %
	※HbA1cは糖尿病の方のみ
尿	蛋白 ( - ± + ++ +++ ) 糖 ( - ± + ++ +++ ) 潜血 ( - ± + ++ +++ )
感染症	HBs抗原 ( 陰性 ・ 陽性 ) TPHA ( 陰性 ・ 陽性 ) HCV抗体 ( 陰性 ・ 陽性 ) MRSA ( 陰性 ・ 陽性 )
皮膚疾患	無 ・ 有  疥癬 ( 部位 ) ) 褥瘡 ( 部位 ) ) その他 ( ) ) ( 部位 ) )
胸部X線所見 (撮影 年 月 日)	できるだけ写真を添付して下さい  
心電図所見 ( 年 月 日 )	

医療法人 雄信会

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

介護老人保健施設 大和三山

検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします。

施設長 殿