

診療情報提供書

年 月 日

紹介元

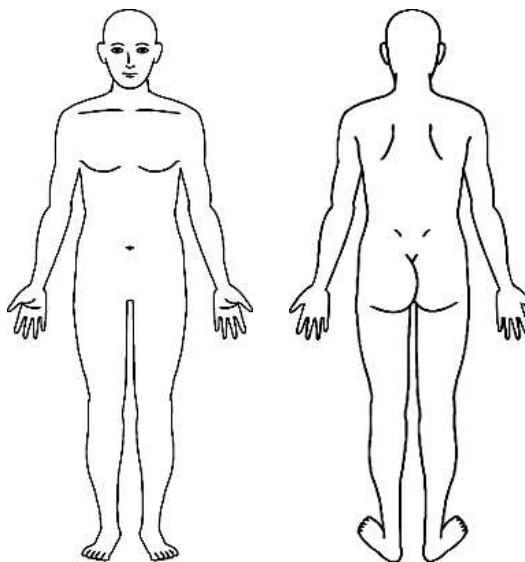
所在地

TEL

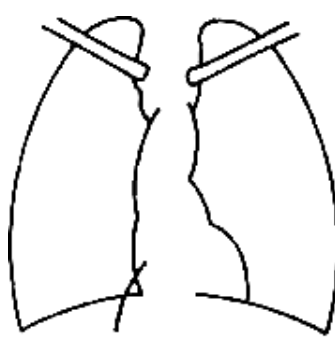
名称

医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年	月	日生	歳
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					
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	() × 10 ³ /mm ³	血圧	(/)
	赤血球数	() × 10 ⁴ /mm ³	尿	蛋白 (- ± + ++ +++)
	血色素量	() g/dl		糖 (- ± + ++ +++)
	ヘマトクリット	() %		潜血 (- ± + ++ +++)
	血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³	感染症	HBs抗原 (陰性・陽性)
	AST	() μ/l		TPHA (陰性・陽性)
	ALT	() μ/l		HCV抗体 (陰性・陽性)
	尿素窒素	() mg/dl		MRSA (陰性・陽性)
	クレアチニン	() mg/dl		(検出部位)
	ナトリウム	() mEq/l		
	カリウム	() mEq/l	皮膚疾患	無・有
	カルシウム	() mEq/l		疥癬 (部位)
	血清蛋白	() g/dl		褥瘡 (部位)
	血清アルブミン	() g/dl		その他 ()
	CRP	() mg/dl		(部位)
	血糖値	() mg/dl		
HbA1c	() %			
※HbA1cは糖尿病の方のみ				
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)				

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

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。