


診療情報提供書（入所・短期入所用）

ふりがな		男	明治				
氏名		女	大正	年	月	日生	
			昭和		(歳)	
住所	〒						
	☎ ()						
既往歴 (該当するものに○印)	高血圧症	脳卒中	心臓病 (病名:)	腎臓病	肝臓病		
	肺疾患 (病名:)	糖尿病	リウマチ	その他 ()			
病名	①		④				
	②		⑤				
	③		⑥				
病歴 及び 治療内容							
投薬・処置							
四肢 及び 運動機能障害							
身長・体重	cm					kg	
精神状況	認知症	*なし	*あり (軽度・中等度・高度)		(長谷川式 点)		
	周辺症状	*なし	*あり		種類 { }		
皮膚疾患	*なし						部位
	*あり (疑い含む)	疥癬	()			
		湿疹	()			
		褥瘡	()			
		その他	()			

心電図 月 日実施	※異常なし ※異常あり	所見
胸部X線 月 日実施	※異常なし ※異常あり	所見 
検尿 月 日実施	蛋白 (- ・ + ・ + +) 潜血 (- ・ + ・ + +)	糖 (- ・ + ・ + +) 白血球 (- ・ + ・ + +) 細菌 (- ・ + ・ + +)
血液検査 A 月 日実施 (3ヶ月以内のデータ)	◆ 血清蛋白 ()g/dl ◆ アルブミン ()g/dl ◆ AST(GOT) ()IU/l ◆ ALT(GPT) ()IU/l ◆ 総コレステロール ()mg/dl ◆ 尿素窒素 ()mg/dl ◆ クレアチニン ()mg/dl ◆ 尿酸 ()mg/dl ※ 糖尿病のある方はHbA1c ()%	◆ Na ()mEq/l ◆ K ()mEq/l ◆ 血糖 ()mg/dl ◆ CRP ()mg/dl ◆ 白血球 ()/μL ◆ 赤血球 ()万/μL ◆ ヘモグロミン ()g/dl ◆ ヘマトクリット ()%
血液検査 B 月 日実施 (3ヶ月以内のデータ)	◆ HBs抗原 陰性 ・ 陽性 ◆ HCV抗体 陰性 ・ 陽性	◆ TPHA 陰性 ・ 陽性 ◆ MRSA 陰性 陽性 (保菌者) (喀痰・咽頭・その他)
介護老人保健施設 での療養上のご意見・ご要望		
上記のとおり情報提供致しました。		
所在地	平成 年 月 日	☎ ()
医療機関		
担当医師名		Ⓜ

※ 検査データは、3ヶ月以内のものをお願いします。コピーでも結構です。