

診療情報提供書

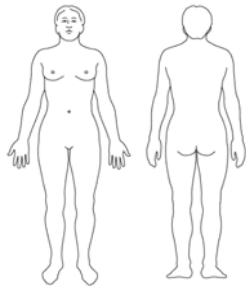
平成 年 月 日

情報提供先

医療機関の所在地及び名称

医師氏名

氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日生	(歳)
住所	電話番号					

病名 病歴 及び 治療内容	麻痺・拘縮・皮膚疾患の 部位などを図示してください 					
処置	<医療的処置> 経管栄養・胃ろう・留置カテーテル・人工肛門・人工膀胱 酸素療法・人工関節置換(部位)・その他()					
与薬						
既往歴	高血圧症・糖尿病・肝臓病・心臓病・脳卒中・リウマチ・腎臓病 その他()					
皮膚疾患	なし・あり…褥瘡・湿疹・疥癬・その他() (所見)					
精神の状況	問題行動 なし・あり…徘徊・暴行・暴言・被害妄想・不潔行為 その他()					
感染症	HBs抗原 陰性・陽性・不明 HCV抗体 陰性・陽性・不明 MRSA 陰性・陽性()・不明 その他()					
胸部X線	異常 なし・あり (所見) 年 月 日撮影					
サービス利用時の 注意事項・ その他のご意見						

※ 胸部X線については市民健康診査などの結果があれば添付してください。
 又、撮影が困難な場合は喀痰検査(結核)の結果を記入してください。

平成 年 月 日