

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元

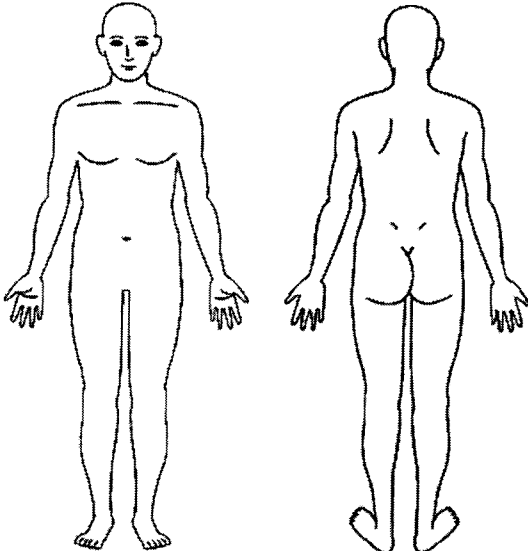
所在地

TEL

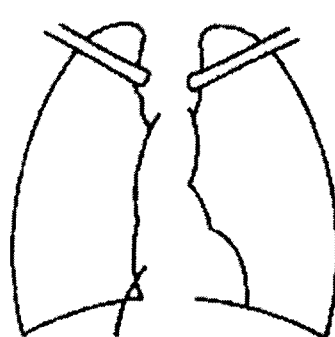
名称

医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S 年 月 日生 歳									
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 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2										
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	() μl		TPHA (陰性・陽性)	
	ALT	() μl		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		皮膚疾患	無・有
	カリウム	() mEq/l	疥癬 (部位)		
	カルシウム	() mEq/l	褥瘡 (部位)		
	血清蛋白	() g/dl	その他 ()		
	血清アルブミン	() g/dl	(部位)		
	CRP	() mg/dl			
	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。