

診療情報提供書

IMSグループ 埼玉ロイヤルケアセンター

2016.10.1

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		
身長	cm	体重	Kg	血压	/ 脈拍 /分
傷病名					
既往歴 経過					
生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	胸部X線検査: 撮影日 年 月 日			
認知症度	I II IIa IIb IIIa IIIb IV M	所見:			
意思疎通	1:可 2:その場合は可能 3:時々通じる 4:不可				
皮膚疾患	褥瘡	無 有	部位 程度		
	疥癬	無 有			
処置内容	胃瘻:(交換日)				
	バルーン:				
	ストマ:(自己管理 可 否)				
	インスリン:(単位/日 自己注 可 否)				
その他(内容・対応):					
アレルギー	(薬...) (食事等...)				
食事内容	主食(常・粥) 副食(常・刻・ミキサー) 治療食() 制限()				
麻痺	1:無 2:有(部位)		拘縮 1:無 2:有(部位)		
ワクチン	肺炎球菌ワクチン 1:未 2:不明 3:済(時期:)				
処方内容					
検査項目 *下記については、データのコピーでも可					
生化学検査 (年 月 日)		血液学検査(年 月 日)		尿検査(年 月 日)	
総蛋白	g/dl	CR	mg/dl	白血球	/ul
アルブミン	g/dl	UA	mg/dl	赤血球	/ul
A/G		Fe	μ g/dl	血色素	g/dl
T-Bill	mg/dl	Na	mEq/l	Ht	
ALP	IU/l	K	mEq/l	血小板	×10 ⁴ /ul
GOT	IU/l	Cl	mEq/l	M R S A (- +) 部位:	
GPT	IU/l	T-Ch	mg/dl	CRP	mg/dl
r-GTP	IU/l	LDL-Ch	mg/dl	血糖(空腹時)	mg/dl
LDH	IU/l	HDL-Ch	mg/dl	糖尿病の場合	抗TP抗体
尿素窒素	mg/dl	中性脂肪	mg/dl	HbA1c	HBs抗原
HCV抗体					
上記の通り相違ないことを証明する。平成 年 月 日					
所在地 医療機関名 電話番号 医師氏名					
					印