

診療情報提供書

フリガナ 氏 名		男・女	生年月日 (歳) 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日			
傷病名	①	(発症 年 月)		④	(発症 年 月)	
	②	(発症 年 月)		⑤	(発症 年 月)	
	③	(発症 年 月)		⑥	(発症 年 月)	
既往歴						
症状経過						
胸部X線所見 令和 年 月 日 撮影			心電図所見			
異常 : 無 ・ 有						
処方						
アレルギー	無 ・ 有 (薬) (食事)					
褥 創	無 ・ 有 (部位) (程度)					
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知度	正常 ・ I ・ II A ・ II B ・ III A ・ III B ・ IV ・ M					
検査所見	白血球数 ()	感 染 症	MRSA (+ ・ -) 検査日: 年 月 日			
	赤血球数 ()		※MRSAの検査は必須です			
	Hb ()		HBS (+ ・ -) 検査日: 年 月 日			
	GOT ()		HCV (+ ・ -) 検査日: 年 月 日			
	GPT ()		RPR (+ ・ -) 検査日: 年 月 日			
	総コレステロール ()		疥 癬 (+ ・ -) 検査日: 年 月 日			
	中性脂肪 ()	尿 定 性	TB (+ ・ -) 検査日: 年 月 日			
	BUN ()		蛋 白 ()	身 長 cm		
	クレアチニン ()		糖 ()	体 重 kg		
	尿 酸 ()	医 療 行 為	潜 血 ()			血 圧 / mmHg
	血 糖 ()		<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃 瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管支切開			
	アルブミン ()		<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素			
	CRP ()		<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	HbA1c ()	※糖尿病の場合				
上記の者について、介護保険施設における入所サービスの利用にあたって、特に問題がないと認めます。						
令和 年 月 日 所 在 地						
医療機関名						
医 師 名 印						

※ 検査データは3ヶ月以内に実施したものでお願いします。 介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター
[採血日 : 令和 年 月 日]