

診療情報提供書

フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	(歳)					
傷病名	① (発症年月) ② (発症年月) ③ (発症年月)	④ (発症年月) ⑤ (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	()		TB (+ -) 検査日： 年 月 日					
	BUN	()	尿 定 性	蛋白 () 身長 cm					
	クレアチニン	()		糖 () 体重 kg					
	尿酸	()		潜血 () 血圧 / mmHg					
	血糖	()	医 療 行 為	<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。

[採血日： 令和 年 月 日]

介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター