

診療情報提供書（通所用）

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)			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									
精神疾患と 認知症の有無									
処方									
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							
身長/体重	()cm ()kg	血圧・脈・体温	(/)mmHg()回/分()℃						
アレルギー	無 ・ 有 (薬) (食事)								
褥瘡	無 ・ 有 (部位 程度) (処置)								
皮膚疾患	無 ・ 有 (部位 程度) (処置)								
医療行為	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()								
感染症	結核性疾患 無 ・ 有			TPHA (+ ・ -)					
	X線実施日 (年 月 日)			HBs抗原 (+ ・ -)					
				HCV抗体 (+ ・ -)					
口腔機能向上 (どちらかにチェックを お願い致します)		<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導							
入浴の可否 (短時間リハビリは記 載不要です)	入浴可 ・ 不可 ・ 条件により可 ()								
	入浴及び移動に際しての指示								
上記のとおり診断いたします <div>所在地</div> <div>令和 年 月 日 医療機関名</div> <div>医師氏名 印</div>									