診療情報提供書

利用者氏名	様	(男･女)	生年月日	年　月　日
介護度	要支援 （ 1 ・ 2 ）		要介護 （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）	

主たる 傷病名	
症状 治療 現在の状況	
処方内容	
特別な医療	□ 点滴　□経管栄養 □ 胃瘻　□ 人工肛門　膀胱留置カテーテル　□ 在宅酸素 □ インスリン注射　□ 中心静脈栄養　□ その他（　　）
感染症	＊わかる範囲でご記入お願いします HCV（ ＋　－　未検）　HBS（ ＋　－　未検）　W氏（ ＋　－　未検） 疥癬（ ＋　－　未検） MRSA（ ＋　－　未検） ESBL（ ＋　－　未検） その他（　　） ＊検査データがございましたら、コピーの添付をお願いいします。（ この書類のために改めて検査の必要はありませ

療養生活指導上の留意事項
（禁忌及び注意事項、中止基準などがありましたら具体的にお書きください。）

備考

令和　　年　　月　　日

医療機関名

住所

電話･FAX

主治医氏名　　印