

# 診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設施設長 殿

医療機関 名称  
所在地  
電話番号  
医師氏名

印

氏名	様	男・女	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	歳
診断名	1.	4.	既往歴					
	2.	5.						
	3.	6.						
症状経過								
処方				食事	一般食・治療食 ( ) 病食			
					[ kcal ] ・ 水分制限[ cc ] 減塩[ g ] ・ 禁忌( )			
検査所見	血液 : 白血球 ( ) 赤血球 ( ) 血小板 ( ) Hb ( ) CRP ( ) Na ( ) K ( ) GOT ( ) GPT ( ) BUN ( ) クレアチニン ( ) 血糖 ( ) Hb A1c ( ) アルブミン ( ) 総コレステロール ( ) 中性脂肪 ( ) 総蛋白 ( ) ( 年 月 日 )							
	尿 : 蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) ( 年 月 日 )							
	感染症 : HBs抗原 ( + ・ - ) HBs抗体 ( + ・ - ) HCV抗体 ( + ・ - ) 疥癬 ( + ・ - ) MRSA ( + ・ - ) 梅毒 ( + ・ - ) ( 年 月 日 )							
	胸部X線所見 ( 年 月 日 )				心電図所見 ( 年 月 日 )			
身体状況	身長 cm ・ 体重 Kg ・ 血圧 / mmHg							
	皮膚疾患 : 無・有 掻痒症 ( 部位 ) 褥瘡 ( 部位 ) その他 ( 部位 )							
	認知症の行動 : 無・有 ( 徘徊・不潔行為・暴言暴行・大声・収集癖・異食・被害妄想 ) その他 < >							
	視力障害 : 無・有 / 聴力障害 : 無・有 / 言語障害 : 無・有 / 嚥下障害 : 無・有 麻痺 : 無・有 ( 右・左・その他 < > ) / 拘縮 : 無・有 ( 膝・手指・肘・その他 < > ) アレルギー : 無・有 ( )							
障害老人自立度 [ 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ]								
認知症老人自立度 [ I IIa IIb IIIa IIIb IV M ]								

※ 入所ご希望の心身状況の把握のため、検査データは3ヶ月以内のものをお願い致します。ご多忙のところ大変恐縮ですが、宜しくお願い致します。

ホスピア玉川  
 ホスピア喜多見