

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元

所在地

TEL

名称

医師

印

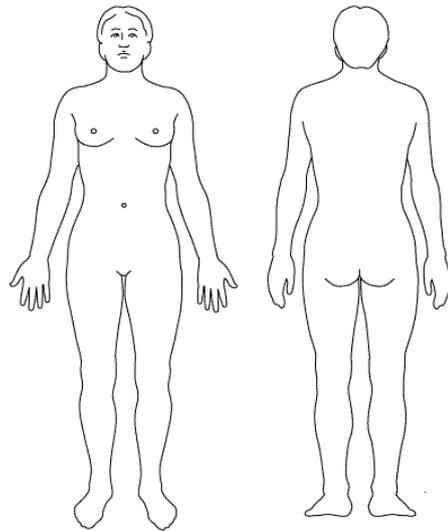
氏名 様(男・女) M・T・S 年 月 日生 歳

傷病名とその発症年月(生活機能の低下の原因となった傷病名)

既往歴とその発症年月(骨折の場合は術式を記入してください)

症状経過、検査結果及び治療経過

麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい



現在の処方

禁忌薬剤()

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

現状の問題点・課題(今後予想される問題)

備考

検査所見(年 月 日)

※ 検査データがある場合は、コピーでもかまいません
 ※ 検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします

血液検査	白血球数	() × 10 ³ /mm ³	尿	蛋白	(- ± + ++ +++)
	赤血球数	() × 10 ⁴ /mm ³		糖	(- ± + ++ +++)
	血色素量	() g/dl		潜血	(- ± + ++ +++)
	ヘマトクリット	() %			
	血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³			
	AST	() μ/l	感染症	HBs抗原	(陰性・陽性)
	ALT	() μ/l		TPHA	(陰性・陽性)
	尿素窒素	() mg/dl		HCV抗体	(陰性・陽性)
	クレアチニン	() mg/dl		MRSA	(陰性・陽性)
	ナトリウム	() mEq/l			
	カリウム	() mEq/l			
	カルシウム	() mEq/l			
	血清蛋白	() g/dl	皮膚疾患	無・有	
	血清アルブミン	() g/dl		疥癬(部位)
	CRP	() mg/dl		褥瘡(部位)
	血糖値	() mg/dl		その他()
	HbA1c	() %		(部位)

※ HbA1cは糖尿病の方のみ

胸部X線所見(撮影 年 月 日)

できるだけ写真を添付してください



心電図所見(年 月 日)