

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

## 紹介元

所在地

TEL

名称

医師

印

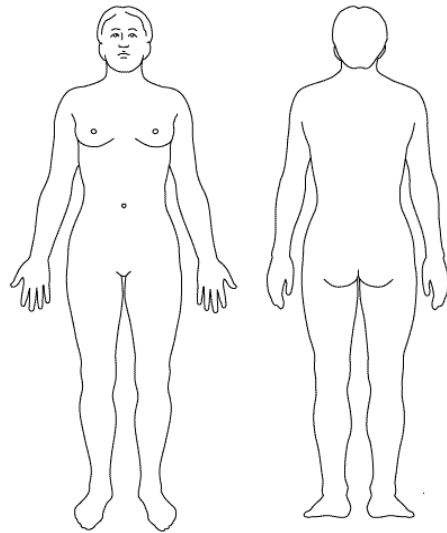
氏名 様(男・女) M・T・S 年 月 日生 歳

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 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> | 尿    | 蛋白    | ( - ± + ++ +++ ) |
|       | 赤血球数    | ( ) × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |      | 糖     | ( - ± + ++ +++ ) |
|       | 血色素量    | ( ) g/dl                               |      | 潜血    | ( - ± + ++ +++ ) |
|       | ヘマトクリット | ( ) %                                  |      |       |                  |
|       | 血小板数    | ( ) × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> |      |       |                  |
|       | 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                              | 皮膚疾患 | 無・有   |                  |
|       | 血清蛋白    | ( ) g/dl                               |      | 疥癬    | ( 部位 )           |
|       | 血清アルブミン | ( ) g/dl                               |      | 褥瘡    | ( 部位 )           |
|       | CRP     | ( ) mg/dl                              |      | その他   | ( )              |
|       | 血糖値     | ( ) mg/dl                              |      |       | ( 部位 )           |
| HbA1c | ( ) %   |  |      |       |                  |

※ 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)