

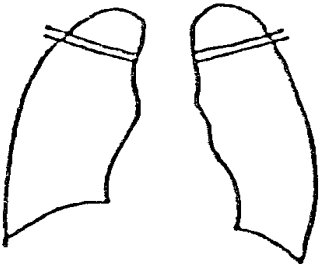
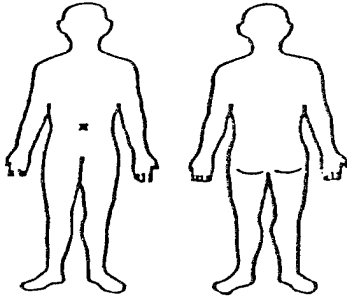
診療情報提供書

施設名 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 殿

フリガナ		男・女	明 治 大 昭 和	年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳
氏 名				
住 所 電 話	〒 _____ TEL (_____)			
目 的	[○をして下さい] 1. 日常生活動作 (ADL) の向上、リハビリテーション 2. 在宅介護者の都合 3. 病院から家庭復帰のため 4. その他 (_____)		[入 (通) 所の希望に○をして下さい] 1. 入所 2. 短期入所 3. 通所	
傷病名 (#1~)				
既往歴 入院歴 入所歴				
現病歴				
現在の処方内容				
点眼： _____ 禁忌薬剤： _____ 外用薬： _____ アレルギー： _____				
処置	経鼻栄養 胃ろう 尿バルーン 酸素療法 ストーマ インシュリン 透析 その他 (_____)			

血圧	/	mm Hg	身長	cm	体重	Kg	
胸部 X 線所見(年 月 日撮影)				四肢運動障害 (障害部位に斜線)			
 <p>※胸部レントゲン写真の貸出をお願いします。</p>							
心電図所見	脈拍 /分			障害名:			
皮膚疾患	・なし ・あり 褥瘡(無)(有)(部位) 湿疹(無)(有)(部位) 疥癬(無)(有)(部位)			認知症	無 ・ 有 (軽度・中等度・重度)		
				問題行動	無 ・ 有		
				具体例			
尿 検 査	タンパク ()		血 液 検 査	白血球数		感 染 症	HBS 抗原 (無)(有)
	糖 ()			赤血球数			HCV 抗体 (無)(有)
	潜血 ()			ヘモグロビン量			MRSA (無)(有)
	ウロビリ ()			ヘマトクリット			
	不詳			血小板数			
T-BIL			BUN			TP	
GOT			Cre			Alb	
GPT			UA			BS	
γ GTP			Na			糖尿あれば HbA1c ()	
ALP			K			TCH	
LDH			Cl			LDL 可能ならば	
CHE			CRP			年 月 日 採血	
特記事項・ご希望等							

上記の通り診断致します。

平成 年 月 日

住 所
医療機関名
T E L
医 師

印