

# 《 診療情報提供書 》

< 1 ページ目 >

平成 年 月 日

## 紹介元

所在地

TEL

名称

医師

印

フリガナ

氏名

様 (男・女) M・T・S

年

月

日生

歳

住所 〒

—

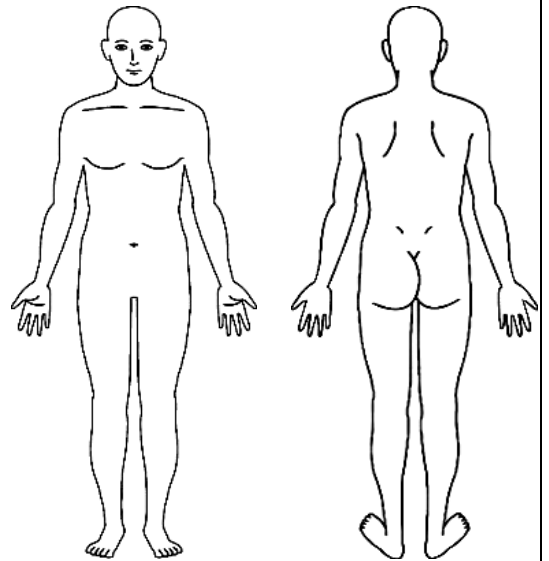
電話

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等)

既往歴とその発症年月

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 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M

現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)

備考

裏面あり

# 《 診 療 情 報 提 供 書 》

	(身長	cm)	(体重	kg)	(血圧	/	mmHg)	(脈拍	回/分)
検査所見 (検査日: 年 月 日)									
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	( ) %	感染症	HBs抗原	( - + )				
	血小板数	( ) × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		TPHA	( - + )				
	AST	( ) μ/l		HCV抗体	( - + )				
	ALT	( ) μ/l		MRSA	( - + )				
	尿素窒素	( ) mg/dl		(検出部位 )					
	クレアチニン	( ) mg/dl	皮膚疾患	無 ・ 有					
	ナトリウム	( ) mEq/l		疥癬 (部位	)				
	カリウム	( ) mEq/l		褥瘡 (部位	)				
	カルシウム	( ) mEq/l		その他 (	)				
	血清蛋白	( ) g/dl		(部位	)				
	血清アルブミン	( ) g/dl	アレルギー-(食物・薬)	無 ・ 有 ( )					
	CRP	( ) mg/dl	聴覚障害	無 ・ 有 ( )					
血糖値	( ) mg/dl	視力障害	無 ・ 有 ( )						
HbA1c	( ) %	言語障害	無 ・ 有 ( )						
※HbA1cは糖尿病の方のみ									
胸部 X 線所見 (撮影日 年 月 日)					できるだけ写真を添付して下さい				
									
※結核の既往 無 ・ 有 ( 歳)					異常あり ・ 異常なし				
心電図所見 ( 年 月 日)									

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

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。