

診療情報提供書

医療機関
所在地
電話番号
担当医

平成 年 月 日

フリガナ			M	T	S					
氏名		男女	生年 月日	年 月 日 歳						
住所						日常生活自立度（寝たきり度）： 身長： 、体重： 血圧： 、脈拍：				
傷病名						精神疾患	有 無	HDS-R《 / 30 》 【程度と状態】：		
経過 病歴						認知症	有 無			
						感染症 疾患	有 無	結核の 既往	有 無	
						MRSAの 既存の有無	有 無			
						皮膚病の 有無と状態 (褥・疥癬)	有 無			
既往歴 年月日						アレルギー (薬・食物)	有 無			
						定期受診	有 無	【医療機関と頻度】		
総合 所見	施設利用の可否について（留意点）					現在の処方				

【利用中に注意すべき事項、機能訓練の現況および目標】：

血液	赤血球数		HBs 抗原		尿	蛋白	
	白血球数		HCV 抗体			糖	
	ヘマトクリット		血清アルブミン			潜血	
	血色素数		GOT		梅毒 反応	TPHA	
	総コレステロール		GPT				
	中性脂肪		GTP		平成 年 月 日検査実施		
	クレアチニン		HbA1C 又は血糖				
	CRP						

【心電図所見】：

【胸部 X-P 所見】：

【腹部 X-P 所見】：撮影してあれば記入してください