

診療情報提供書作成のお願い

病院（診療所）

先生 御机下

いつもお世話になっております。

この度、先生のもとで治療していただいている患者様が、当介護老人保健施設『グレースヒル・湘南』の利用をご希望されました。就きましては別紙に「病名」「臨床経過」「処方」などについてご指導いただきたくお願い申し上げます。

尚、当施設は検査等の医療行為に制約がありますので、患者様の臨床症状・所見の有無をご勘案の上治療継続上必要な検査データを頂戴致したくお願い申し上げます。

■検査結果に関しては、6ヶ月以内に検査された結果をご記入いただいても結構です。その際、日付の記載をお願い致します。また、所定の用紙にご記入いただく代わりに検査伝票の複写を添付していただいても構いません。

■感染症、胸部X-Pにつきましては、他のご利用者様やスタッフの健康・安全の為にもご記入いただければ幸いです。

これらの資料に基づいてご利用を検討させていただきます。結果については、決定後速やかにご家族様へご連絡させていただきます。

社会福祉法人 一燈会

介護老人保健施設 グレースヒル・湘南

施設長 杉浦 龍太

〒 259-0155

足柄上郡中井町松本1135-1

TEL : 0465-80-3000

FAX : 0465-80-3003

診療情報提供書

医療機関
所在地
電話番号
担当医

令和 年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S				
氏名						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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	HDS-R《 / 30 》 【程度と状態】：				
経過			認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
病歴			感染症疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		結核の 既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			MRSAの 既存の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
既往歴 年月日			アレルギー (薬・食物等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
			定期受診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【医療機関と頻度】				
総合 所見	老健利用の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	リハビリテーションの必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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	
	ハマトクリット		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		γ-GTP		令和 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