

年 月 日

診療情報提供書 (入所・短期)

介護老人保健施設 八尾徳洲苑行

フリガナ		男	明治			
氏名		・	大正	年	月	日生
		女	昭和	(歳)
現住所	〒					
紹介目的						
病名	①		④			
	②		⑤			
	③		⑥			
現病歴						
既往歴						
処方内容	①		⑥			
	②		⑦			
	③		⑧			
	④		⑨			
	⑤		⑩			
四肢及び運動機能障害						
精神の状況	・認知症 (なし・軽度・中度・高度)		所見 ()			
	周辺行動 (なし・あり)		()			
皮膚疾患	・なし	湿疹	(部位)	
	・あり	褥瘡	(部位)	
		疥癬	(部位)	

心電図	・異常なし 所見 ()				
	・異常あり (年 月 日実施)				
胸部X線	・異常なし 所見 ()				
	・異常あり (年 月 日撮影)				
身長	cm	体重	kg	アレルギー	あり () ・なし
血圧	/		mmHg		
血液検査	白血球	()	mm3	総コレステロール	() mg/dl
	赤血球	()	万/mm3	BUN	() mg/dl
	ヘモグロビン	()	g/dl	クレアチニン	() mg/dl
	ヘマトクリット	()	%	尿酸	() mg/dl
	血清総蛋白	()	g/dl	Na	() mg/dl
	アルブミン	()	g/dl	K	() mg/dl
	GOT	()	IU/l	血糖	() mg/dl
	GPT	()	IU/l	CRP	() mg/dl
	(年 月 日実施)				
感染症	HBs抗原 (陰性・陽性)		Wa-R (陰性・陽性)		
	HCV抗体 (陰性・陽性)				
	MRSA (未施行・陰性・陽性(部位) (年 月 日実施)				
尿検査	糖	()	蛋白	()	(年 月 日実施)
当施設での療養上の御意見御要望					
所在地	年 月 日				
医療機関名					
担当医師名	TEL () - 印				