

診療情報提供書

年 月 日

下記のとおり診断します。

医療機関名

所在地

医師氏名

印

TEL

FAX

フリガナ					
氏名		男・女	生年月日	年	月 日 (日生 歳)
住所	〒				
傷病名				TEL 投薬内容	
経過・現症状及び治療内容					

検査項目 (※データ添付の場合は記入なしで可) (検査日: 年 月 日)

血清総蛋白		クレアチニン		HbA1c	
アルブミン		Na		血糖(空腹)	
GOT		K		TPHA	- +
GPT		CL		HBs抗原	- +
γ-GTP		WBC		HCV抗体	- +
T-chol		RBC		MRSA	- +
HDL-chol		Hb		喀痰・鼻腔(陰性/保菌者)	
LDL-chol		Ht		検尿	
中性脂肪		血小板		・蛋白() ・糖()	
BUN		CRP		・ウロビリノーゲン() ・潜血()	

胸部X-P所見	異常なし・異常あり() 有の場合は写真を添付してください。				
心電図所見	異常なし・異常あり() 有の場合は心電図を添付してください。				
皮膚疾患	褥瘡	- +	()	疥癬	- +
	湿疹	- +	()		
	その他	- +	+(疑いを含む)の場合は部位・程度をご記入ください。		

身長	cm	要介護度	申請中・要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5
体重	kg	日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2
血圧	/	認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
		HDS-R 又は MMSE	点(実施日 年 月 日)

ADL状況	意思疎通	可能・ある程度可・ほとんど不可・不可	精神状態	正常・不安・うつ・興奮 幻覚・妄想・睡眠障害 その他()
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	問題行動	なし・徘徊・不穏・暴言 攻撃行動・不潔行為 その他()
	歩行	独歩・杖・歩行器・車椅子(自操・介助) 不可(寝たきり・要体位交換)		