

診療情報提供書

宛先： 所属 _____

氏名 _____

フリガナ 利用者氏名		(性別 男・女)			
		生年月日；明治・大正・昭和 年 月 日生(満 歳)			
住所		電話番号			
認知症	生活機能	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
1	障害の原因と なっている傷病名	・主 (発症 年 月 日) ・副			
2	既往歴 治療中の傷病名	ペースメーカー 有 ・ 無			
3	現在の与薬 治療内容				
4	四肢及び運動機能障害				
5	胸部 X線検査 (年 月 日)	・異常なし 【所見】 ・異常あり ・検査できず			
6	心電図 (年 月 日)	・異常なし 【所見】 ・異常あり ・検査できず			
7	皮膚疾患 (年 月 日)	・異常なし ・異常あり(疑を含む) 疥 癬(部位) 湿 疹(部位) ※疥癬の既往 有 ・ 無 その他(部位) 褥 瘡(部位)			
8	血液検査 (年 月 日)	TP () g/dl Alb () g/dl T.cho () mg/dl BS () mg/dl UA () mg/dl GOT(AST) () IU/l GPT(ALT) () IU/l BUN () mg/dl CRE () mg/dl WBC () /m ³ RBC () 万/m ³ Hb () g/dl Ht () % CRP () mg/dl その他			
9	感染症	HBsAg(-・+・未), HCVAb(-・+・未), WA氏(-・+・未) MRSA (-・+・未), Tbの既往(-・+)			
10	介護サービスに対する 留意事項(食事・入浴など)	DM の場合、摂取カロリーをお知らせ下さい ()			

平成 年 月 日

所在地 医療機関名 医師名	
---------------------	--