


診療情報提供書

松下介護老人保健施設 は一とぴあ 宛

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	(〒 -) 電話 ()		
診断名 (発症年月日) 既往歴 現病歴			処方内容※1 (外用薬のご記入もお願い致します。 又、入院中の場合は、持込み薬や 点眼薬の記載もお願いします。)
四肢機能障害	有 () 無	身長	cm 体重 kg
排尿・排便障害	有 () 無	血压	/ mmHg
精神機能障害(認知症) (問題行動)	有 (※HDS-R 点) 無	脈拍	整 ・ 不整
皮膚疾患(既往も含)	褥創 (有 ・ 部位 無) 疥癬 (有 ・ 無) 白癬 (有 ・ 無)		
禁忌・アレルギー	有 () 無		
胸部X線 1. 異常なし 2. 所見あり	(月 日 実施)	採血 (平成 年 月 日) ※1	
	RBC		WBC
	Hb		Plt
	HBs 抗原(※2)	1. 陰性 2. 陽性	
	HCV 抗体(※2)	1. 陰性 2. 陽性	
尿定性	蛋白() 糖() 潜血() ウロ()	BS	HbA1c(※3)
尿沈査	赤血球 () 白血球 ()	AST(GOT)	Alb
	扁平上皮 () 小円形上皮 ()	ALT(GPT)	LDL-C(※4)
	塩類 () 細菌 ()	GGT(r-GTP)	HDL-C(※4)
心電図 (安静時)	1. 所見なし (月 日 実施)	UN(BUN)	TG
	2. 所見あり	CRE	UA
		Na/K	/ PT-INR(※5)
		CRP	
その他 特記すべき事項			

※1) データについては資料を添付して頂いても結構です。
 ※2) HBs 抗原, HCV 抗体については新規ご利用時のみで結構です。
 ※3) HbA1c については糖尿病の方のみで結構です。

※4) LDL, HDL については可能であればお願いします。
 ※5) PT についてはワーファリン内服の方のみで結構です。

上記の通り情報を提供します

年 月 日

施設名および住所

電 話
医 師

印