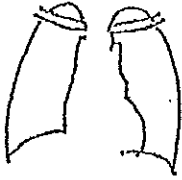


# 診療情報提供書

松下介護老人保健施設 は一とびあ 宛

|   |  |                |   |
|---|--|----------------|---|
| フリガナ<br>氏名  |  | 男<br>女         | 生年月日<br>明・大・昭 年 月 日 ( 歳)  |
| 住所  | (〒 - )<br>電話 ( )                       |                |   |
| 診断名<br>(発症年月日)<br><br>既往歴<br><br><br>現病歴  |  |                | 処方内容※1<br>(外用薬のご記入もお願い致します。<br>又、入院中の場合は、持込み薬や<br>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)<br><br>(問題行動)   | 有 ( HDS-R 点 ) 無 ( )                    | 脈拍             | 整 ・ 不整  |
| 皮膚疾患(既往も含)  | 褥瘡 (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<br>1. 異常なし<br>2. 所見あり<br><br> | ( 年 月 日 実施)                            | 採血 ( 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            | Alb   |
|   | 偏平上皮 ( ) 小円形上皮 ( )                     | ALT            | LDL-C(※4)   |
|   | 塩類 ( ) 細菌 ( )                          | GGT            | HDL-C(※4)   |
| 心電図<br>(安静時)  | 1. 所見なし ( 年 月 日 実施)<br>2. 所見あり         | UN             | BNP(※4)   |
|   |  | CRE            | Mg(※4)  |
|   |  | Na/K           | / TG  |
|   |  | CRP            | UA  |
|   |  | PT-INR(※5)     |   |
| その他<br>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。

※4) LDL, HDL, BNP, Mg については可能であればお願いします。

※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。

※5) PT についてはワーファリン内服の方のみで結構です。

※3) HbA1c については糖尿病の方のみで結構です。

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