診 療 情 報 提 供 書

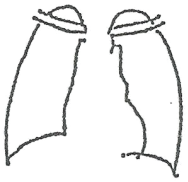
松下介護老人保健施設　はーとぴあ 宛（入所・ショートステイ用）

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	血圧　　／　　mmHg	
精神機能障害(認知症)	有（　　HDS-R　　点）無	脈拍　　整 ・ 不整	
(問題行動)	有（　　）無		
皮膚疾患(既往も含)	褥瘡（有 ・ 部位　　無）　疥癬（有 ・ 無）　白癬（有 ・ 無）		
禁忌･ｱﾚﾙｷﾞｰ	有（　　）無		

胸部Ｘ線　　（　　年　　月　　日 実施）

１．異常なし
２．所見あり



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		
BS		HbA1c(※3)	
AST		Alb	
ALT		LDL-C(※4)	
GGT		HDL-C(※4)	
UN		BNP(※4)	
CRE		Mg(※4)	
Na／K	／	TG	
CRP		UA	
PT-INR(※5)			

尿定性	蛋白(　) 糖(　) 潜血(　) ウロ(　)
尿沈査	赤 血 球（　）　白 血 球（　） 偏平上皮（　）　小円形上皮（　） 塩　　類（　）　細　　菌（　）
心電図 (安静時)	１.所見なし（　　年　　月　　日 実施） ２.所見あり

その他特記すべき事項	

※1)データは添付頂いても結構です。処方経緯から変更すべきでない薬剤がある場合は施設長又は薬剤師にご連絡ください。
※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,BNP,Mg 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