

# 診療情報提供書

年 月 日

- 介護老人保健施設 甲府相川ケアセンター
- 特別養護老人ホーム ゆめみどり
- 特別養護老人ホーム 和楽WARAKU

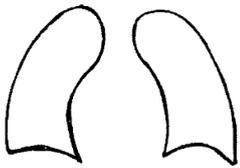
担当医師 宛

医療機関名

医 師 名

⑩

下記の患者の診療情報を提供しますので宜しくお願いいたします。

ふりがな		性別		〒	
氏名		男・女	住所		
T・S・H	年 月 日 ( 歳)		電話	( )	
病 名	①	内 服 薬			
		名称	量	個数	服薬時間
	②	①	/mg	/錠	起・朝・昼・夕・寝
	③	②			起・朝・昼・夕・寝
	④	③			起・朝・昼・夕・寝
	⑤	④			起・朝・昼・夕・寝
	⑥	⑤			起・朝・昼・夕・寝
	⑦	⑥			起・朝・昼・夕・寝
	⑧	⑦			起・朝・昼・夕・寝
既往歴		要介護度 (要支援 I・II) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )  長谷川式スケール( /30点)  認知症状 (有・無) (具体的に)			
左・右利き 身長 cm 体重 kg 血圧 /		尿・蛋白質( ) 糖( ) 潜血( )			
検査所見					
胸部X・P所見( 年 月 日)			心電図所見( 年 月 日)		
					
血液検査( 年 月 日)					
白血球: _____	アルブミン: _____	Fe: _____	TG: _____		
赤血球: _____	GOT: _____	BUN: _____	LDL-C: _____		
血色素: _____	GPT: _____	Na: _____	血糖値: _____	(食前・食後 時間)	
血小板: _____	γGTP: _____	K: _____	HbA1c: _____		
TP: _____	クレアチニン: _____	Cl: _____	CRP: _____		
感染症状( 年 月 日)			皮膚病(有・無)		
梅毒反応(陰性・陽性) HCV(陰性・陽性)			(病名)		
HB抗原(陰性・陽性) HB抗体(陰性・陽性)			(部位)		
MRSA(陰性・陽性) 摂取部位(鼻腔・咽頭・他)					

※3ヶ月以内のデータをお願いします。

社会福祉法人 山梨櫻の会