

# 診療情報提供書

年 月 日

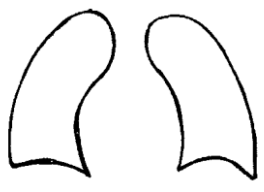
- 介護老人保健施設 甲府相川ケアセンター  
 特別養護老人ホーム ゆめみどり  
 特別養護老人ホーム 和楽WARAKU

担当医師 宛

医療機関名  
医師名

印

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

氏名		住 所			
生年月日M・T・S 年 月 日 (才)		電話番号			
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: _____ 血小板: _____ GOT: _____ GPT: _____ $\gamma$ GTP: _____ 赤血球: _____ T P: _____ Na: _____ k: _____ Cl: _____ 血色素: _____ Fe: _____ アルブミン _____ g/dl 血糖値: _____ mg/dl (食前・食後 時間) CRP: _____ BUN: _____ mg/dl クレアチニン: _____ mg/dl					
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