

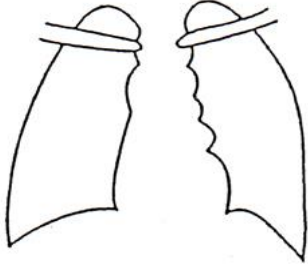
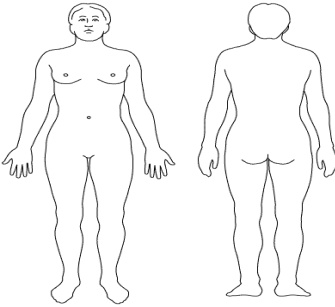
# 診療情報提供書

令和 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 殿

フリガナ			男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日生 ( ) 歳
氏名					
住所 電話	〒			TEL ( )	
目的	[○をして下さい] 1. 日常生活動作(ADL)の向上、リハビリテーション 2. 在宅介護者の都合 3. 病院からの家庭復帰のため 4. その他 ( )		[入(通)所の希望に○をして下さい] 1. 入所 2. 短期入所 3. 通所		
傷病名 (#1~)					
既往歴 入院歴 入所歴					
現病歴					
現在の処方内容					
点眼:			禁忌薬剤:		
外用薬:			アレルギー:		
処置	経鼻栄養 胃ろう 尿バルーン 酸素療法 ストーマ インシュリン 透析 その他 ( )				

血 圧	/	mmHg	身 長	cm	体 重	kg
胸部X線所見 ( 年 月 日撮影)			四肢運動障害 (障害部位に斜線)			
 <p>※胸部レントゲン写真の貸出をお願いします。</p>						
心電図所見	脈拍 / 分		障 害 名 :			
皮膚疾患	・なし		認知症	無 ・ 有 ( 軽度・中等度・重度 )		
	・あり 褥瘡 : 無・有(部位: )		問題行動	無 ・ 有		
	湿疹 : 無・有(部位: )		具体例			
尿 糖 検 査 潜 血 ウロビリ 不詳	タンパク ( )	血 液 検 査	白血球数		感 染 症	HBS抗原 無・有
	糖 ( )		赤血球数			HCV抗体 無・有
	潜 血 ( )		ヘモグロビン量			
	ウロビリ ( )		ヘマトクリット			
	不詳		血小板数			
T-BIL		BUN		TP		
GOT		Cre		Alb		
GPT		UA		BS		
γGTP		Na		糖尿あればHbA <sub>1c</sub> ( )		
ALP		K		TCH		
LDH		Cl		LDL可能ならば		
CHE		CRP		年 月 日 採血		
特記事項・ご希望等						

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

住 所  
医 療 機 関 名  
T E L  
医 師 名

印