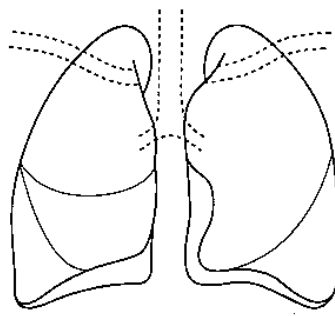


診療情報提供書

フリガナ 氏名	(男・女)	M・T・S	年	月	日生(歳)
住所	〒 - TEL				

病名	既往歴
症状経過	処方内容

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)			
検査所見 [検査日 年 月 日]	胸部X線 [撮影日 年 月 日]		
尿	所見  異常あり ・ 異常なし		
蛋白		- ± +	
糖		- ± +	
潜血		- ± +	
感染症		HBsAg - +	
HCV	- +		
HCV-RNA	- + (HCVが+の場合のみ記入)		
MRSA	- +		
疥癬	- +		
皮膚疾患(含褥瘡)	無 ・ 有 ()	結核の既往	無 ・ 有 (歳)
アレルギー(食物・薬)	無 ・ 有 ()	聴力障害	無 ・ 有 ()
麻痺	無 ・ 有 ()	視力障害	無 ・ 有 ()
拘縮	無 ・ 有 ()	言語障害	無 ・ 有 ()

医学的管理を要する器具

無 ・ 有 (気管切開チューブ ・ 経鼻胃管 ・ 胃瘻 ・ 尿道カテーテル ・ 人工肛門 ・ その他)

嚥下障害 ・ 摂食障害 ・ 食事制限など

無 ・ 有 ()

認知に関連して

認知症	認知症高齢者の日常生活自立度 (自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)
問題行動	無 ・ 有 ()
抑うつ	無 ・ 有
精神症状	無 ・ 有 ()
高次機能障害	無 ・ 有 ()

血液検査 (実施日 : 年 月 日) ※検査データのコピーでも結構です。

Hb		TP		BUN		FBS	
RBC		Alb		Cre		HbA1c	
WBC		AST(GOT)		Na		TG	
Plt		ALT(GPT)		K		LDL	
		ALP		Cl		HDL	
		γ-GTP		Ca			

※ HbA1cは糖尿病の方のみ

特記事項

上記のとおり、診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印