

診 療 情 報 提 供 書

当施設をご利用されるに当たりまして、下記の項目について情報提供をお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ラプラス津田

紹介元医療機関 : _____

御担当医 : _____

令和 年 月 日

フリガナ		性	男	生年	明	年	年
患者氏名		別	女	月日	大	月	月
患者	(〒)				昭	日	才
住所				電話番号			
傷病名	※発症年月日もわかる限りお願い致します						
既往歴							
紹介目的							
現在の症状および治療経過							
現在の処方	検査項目 (検査日 年 月 日)						
	①生化学一般						
	TP()ALB()GOT()GPT()						
	AMY()T-CHO()r-GTP()TG()						
	BUN()CREA()UA()						
	NA()K()Cl()BS()HbA1c()						
	②貧血検査						
	WBC()RBC()Hb()Ht()PLT()						
	③尿一般						
	蛋白(+・-) 糖(+・-) 潜血(+・-)						
	④胸部レントゲン						
	異常 有() ・ 無						
⑤心電図							
異常 有() ・ 無							
⑥梅毒 (+・-) ⑦HBs抗原(+・-) ⑧HCV抗体(+・-)							
⑨MRSA (++++・-) 検出箇所()							
⑩皮膚疾患 (有・無) ⑪アレルギー (有・無)							
⑫血液型 型 Rh(+・-)							
	寝たきり度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
	認知症自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					