

# 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 月 日	年	日	
患者氏名		別	女	月 日	大		齢	才	
患者住所	(〒 )				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							