

# 診療情報提供書

宛先: 所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

フリガナ 利用者氏名		(性別 男・女 )			
		生年月日; 明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳 )			
住所		電話番号			
認知症	生活機能	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
1	障害の原因と なっている傷病名	・主 (発症 年 月 日) ・副			
2	既往歴 治療中の傷病名	ヘルパー 有 ・ 無			
3	現在の与薬 治療内容				
4	四肢及び運動機能障害				
5	胸部 X線検査 ( 年 月 日)	・異常なし 【所見】 ・異常あり ・検査できず			
6	心電図 ( 年 月 日)	・異常なし 【所見】 ・異常あり ・検査できず			
7	皮膚疾患 ( 年 月 日)	・異常なし ・異常あり(疑を含む) 疥癬(部位 ) 湿疹(部位 ) ※疥癬の既往 有・無 その他(部位 ) 褥瘡(部位 )			
8	血液検査 ( 年 月 日)	TP ( ) g/dl Alb ( ) g/dl T.cho ( ) mg/dl BS ( ) mg/dl UA ( ) mg/dl GOT(AST) ( ) IU/l GPT(ALT) ( ) IU/l BUN ( ) mg/dl CRE ( ) mg/dl WBC ( ) /mm <sup>3</sup> RBC ( ) 万/mm <sup>3</sup> Hb ( ) g/dl Ht ( ) % CRP ( ) mg/dl その他			
9	感染症	HBsAg( -・+・未 ), HCVAb( -・+・未 ), WA氏( -・+・未 ) MRSA ( -・+・未 ), Tbの既往( -・+ )			
10	介護サービスに対する 留意事項(食事・入浴など)	DM の場合、摂取カロリーをお知らせ下さい ( )			

平成 年 月 日

所在地  
医療機関名  
医師名 ⑩