

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元

所在地
名称

TEL
医師

印

氏名 様 (男・女) M・T・S 年 月 日生 歳

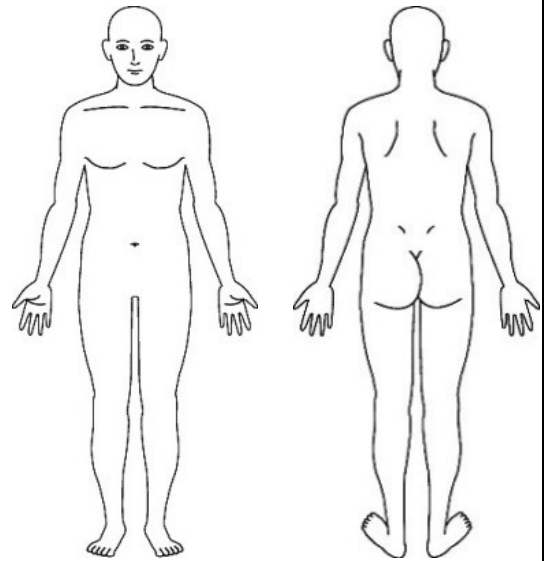
住所 〒 - TEL

傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)

既往歴とその発症年月

症状経過、検査結果及び治療経過

麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を
記入して下さい



現在の処方

※処方については、薬剤情報の添付をお願いします。

禁忌薬剤 ()

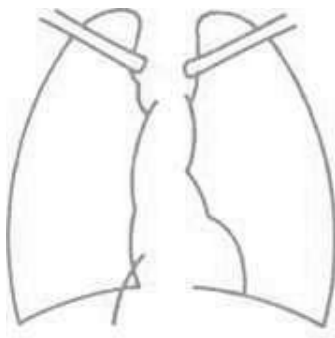
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M

現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)

備考

診療情報提供書

検査所見 (年 月 日)																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">白血球数</td><td style="width: 15%;">() × 10³/mm³</td></tr> <tr><td>赤血球数</td><td>() × 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>血色素量</td><td>() g/dl</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td>() %</td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>() × 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>AST</td><td>() μ/l</td></tr> <tr><td>ALT</td><td>() μ/l</td></tr> <tr><td>尿素窒素</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>クレアチニン</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>ナトリウム</td><td>() mEq/l</td></tr> <tr><td>カリウム</td><td>() mEq/l</td></tr> <tr><td>カルシウム</td><td>() mEq/l</td></tr> <tr><td>血清蛋白</td><td>() g/dl</td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>() g/dl</td></tr> <tr><td>CRP</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>HDL</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>LDL</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>TG</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>血糖値</td><td>() mg/dl</td></tr> <tr><td>HbA1c</td><td>() %</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">※HbA1cは糖尿病の方のみ</td></tr> </table>	白血球数	() × 10 ³ /mm ³	赤血球数	() × 10 ⁴ /mm ³	血色素量	() g/dl	ヘマトクリット	() %	血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³	AST	() μ/l	ALT	() μ/l	尿素窒素	() mg/dl	クレアチニン	() mg/dl	ナトリウム	() mEq/l	カリウム	() mEq/l	カルシウム	() mEq/l	血清蛋白	() g/dl	血清アルブミン	() g/dl	CRP	() mg/dl	HDL	() mg/dl	LDL	() mg/dl	TG	() mg/dl	血糖値	() mg/dl	HbA1c	() %	※HbA1cは糖尿病の方のみ		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">尿</td> <td style="padding: 5px;"> 蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">感 染 症</td> <td style="padding: 5px;"> HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">皮 膚 疾 患</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 20px;"> 無 ・ 有 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位)) </td> </tr> </table>	尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)	感 染 症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性)	皮 膚 疾 患	無 ・ 有 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位))
白血球数	() × 10 ³ /mm ³																																																
赤血球数	() × 10 ⁴ /mm ³																																																
血色素量	() g/dl																																																
ヘマトクリット	() %																																																
血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³																																																
AST	() μ/l																																																
ALT	() μ/l																																																
尿素窒素	() mg/dl																																																
クレアチニン	() mg/dl																																																
ナトリウム	() mEq/l																																																
カリウム	() mEq/l																																																
カルシウム	() mEq/l																																																
血清蛋白	() g/dl																																																
血清アルブミン	() g/dl																																																
CRP	() mg/dl																																																
HDL	() mg/dl																																																
LDL	() mg/dl																																																
TG	() mg/dl																																																
血糖値	() mg/dl																																																
HbA1c	() %																																																
※HbA1cは糖尿病の方のみ																																																	
尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)																																																
感 染 症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性)																																																
皮 膚 疾 患	無 ・ 有 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位))																																																
胸部 X 線所見 (撮影 年 月 日)																																																	
できるだけ写真を添付して下さい																																																	
																																																	
心電図所見 (年 月 日)																																																	

※MMSE 又は HDS-R の検査結果の添付をお願いします。

※検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

※検査データは、なるべく直近 3 ヶ月以内のものをお願いします。

医療法人 雄信会

介護老人保健施設 大和三山

施設長 殿