

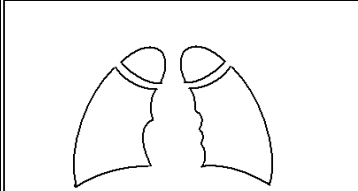
# 診療情報提供書

令和 年 月 日

社会福祉法人 帝塚山福祉会  
介護老人保健施設 雅秀苑 宛

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名

印

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 TEL			
傷病名	1.	発症年月日 年 月 日		
	2.	発症年月日 年 月 日		
	3.	発症年月日 年 月 日		
既往歴 及び経過 ・ その他 特記 すべき 事項			処方 内容 (内服薬)  (外用薬)	
検査	胸部 X・P	所見 ( 正常・異常 )  ※撮影日 年 月 日	認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 問題行動 [有・無] ( )
		E C G ( 正常・異常 )、不整脈 ( 有・無 ) ※心電図のコピーを添付願います	障害度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
		血圧 ( / mmHg)、脈 ( 回)	感覚障害	視覚障害 [ 有・無 ] 聴覚障害 [ 有・無 ] 言語障害 [ 有・無 ]
	尿検査	[ 糖 +・-、蛋白 +・- 潜血 +・-、その他 ]	皮膚疾患	疥癬 : 有 [ 有の場合は詳細記入 ] 無 [ ]
	血液検査	白血球 GOT Na		褥瘡 : 有 [ ] 無 [ ]
		赤血球 GPT K		湿疹 : 有 [ ] 無 [ ]
		ヘモグロビン 尿酸 Cl		その他の : 有 [ ] 皮膚疾患 無 [ ]
		ヘマトクリット 総コレステロール		※現在継続中の処置 (詳細記入) [ ]
		血小板 血糖(空腹時)		
		総蛋白 クレアチニン		
アルブミン 尿素窒素	特別な処置	<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他の処置 [ ]		
	HbA1c ※糖尿病をお持ちの方のみご記入下さい。 [ ※ 検査日 年 月 日 ]			
感染症	TPHA [ +・- ]、HBs抗原 [ +・- ]、HCV抗体 [ +・- ]、MRSA [ +・- ]、結核 [ +・- ] [ ※ 検査日 年 月 日 ] ※ MRSAは何らかの症状が有る時、結核はX-P異常所見 時のみの検査で結構です。			