


診療情報提供書(紹介状)



特別養護老人ホーム シエーンハイム 爽 宛て

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	(〒 —) 電話 ()		
現病歴	① 年月発症 ② 年月発症 ③ 年月発症 ④ 年月発症 ⑤ 年月発症	既往歴	① 年月発症 ② 年月発症 ③ 年月発症 ④ 年月発症 ⑤ 年月発症
障害生活自立度() / 認知症生活自立度()	HDS-R / 30点 (年 月 日)		
四肢機能障害	有() 無	身長: cm 体重: kg	
排尿・排便障害	有() 無	血圧: mmHg	
皮膚疾患	有() 無	脈拍: 回/分	
褥瘡	有() 無	SPO ₂ : %	
禁忌 アレルギー 薬・食事等	有() 無	感染症 (検査日 年 月 日) HBs抗原 ※2 (-) ・ (+) HCV抗体※2 (-) ・ (+) TPHA (-) ・ (+) MRSA (-) ・ (+)	
食事形態 主食 副食	採血(令和 年 月 日)※1		
食事制限 (-) ・ (+) (kcal/日)	AST(GOT)	TP	
嚥下障害 (-) ・ (+) ()	ALT(GPT)	Alb	
胸部X線 (撮影日 年 月 日) 1. 異常なし 2. 異常あり 結核既往(有・無)	GGT(r-GTP)	LDL-C(※4)	
	UN(BUN)	HDL-C(※4)	
	CRE	TG	
	Na/K	UA	
	CRP	PT-INR(※5)	
	HbA1c※3		
	血液型 ()型 RH()		
※6ヶ月以内の撮影	処方内容及び処置の状況		
心電図 (検査日 年 月 日) 1. 所見なし 2. 所見あり()			
その他注意事項			

※申込の際は必ず胸部X線と感染症の項目記載をお願いします。(採血等は分かる範囲での記載をお願いします。)

※1) データについては資料を添付して頂いて結構です。

※2) HBs抗原、HCV抗体については新規ご利用時のみで結構です。

※3) HbA1cについては糖尿病の方のみで結構です。

※4) LDL、HDLについては可能であればお願いします。

※5) PTについてはワーファリン内服の方のみで結構です。

※6) 胸部X線コピーの添付は不要です。

上記の通り情報を提供します
施設名および住所
電話
医師

令和 年 月 日

