

診療情報提供に関する協力願いについて

平素は、格別のお引き立てを賜り感謝申し上げます。

さて、当施設において、平成 28 年 1 月に在宅より入所されたご利用者様が「結核疑い」との診断を受けました。

独立行政法人 国立病院機構 国立病院にて結核菌検査を行った結果、結核菌は認められませんでした。今後の防止策の一環として、当施設専用の「診療情報提供書」による情報提供をお願いすることになりましたのでご協力をお願い申し上げます。

情報提供の項目は、下記の通りとなりますが、現在まで実施されている検査についてご記入いただき、未検査項目については未記入のままのご提示で結構でございますのでよろしくお願い致します。

情報提供依頼内容

1. 胸部 X 線
2. 血液検査
 - ・データ添付または受診の際に検査の項目
 - 特に、ワーファリン内服、糖尿病、肝炎等感染症の既往のある方についてはご記入をお願いします。

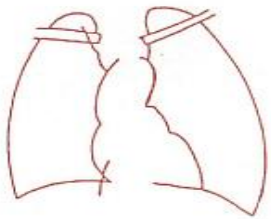
社会福祉法人 爽生会

介護老人保健施設シェーンハイムやはば

施設長 沼里 進

診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設シェーンハイムやはば宛て

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日 大・昭・平 年 月 日
住 所	(〒)		電話 ()
現 病 歴	①	年 月 日発症	既 往 歴
	②	年 月 日発症	
	③	年 月 日発症	
	④	年 月 日発症	
	⑤	年 月 日発症	
①	年 月 日発症	①	年 月 日発症
②	年 月 日発症	②	年 月 日発症
③	年 月 日発症	③	年 月 日発症
④	年 月 日発症	④	年 月 日発症
⑤	年 月 日発症	⑤	年 月 日発症
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 (-)・(+) HCV 抗体 (-)・(+)
食 事 形 態 主食 副食			TPHA (-)・(+)
食 事 制 限 (-)・(+)	(kcal/日)		MRSA (-)・(+)
嚥 下 障 害 (-)・(+)	()		疥癬 (-)・(+)
胸部X線 (撮影日 年 月 日)	処方内容及び処置の状況		
1. 異常なし 2. 異常あり	<div style="text-align: center;">  </div>		
結核既往 (有 ・無)			
心電図 (検査日 年 月 日)	その他注意事項		
1. 所見なし 2. 所見あり ()			

※申し込みの際は必ず胸部X線と感染症について記載をお願いします。

※最近の検査結果について異常が認められた場合は、記載か添付をお願いします。

上記の通り情報を提供します。 令和 年 月 日

施設及び住所 電話

医 師 名