

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。

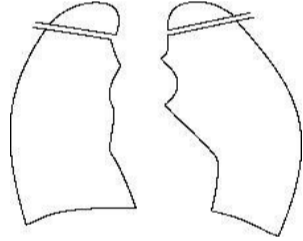
社会福祉法人 爽生会

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 苑

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明・大・昭	年	月	日	歳
住所	(〒 -)		電話 ()				
診断名 (発症年月日)	※発症年月日の記載をお願いします。		処方内容※1 (外用薬のご記入もお願い致します)				
既往歴 (発症年月日)							
現病歴							
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		
精神機能障害(認知症)	有 () ※HDS-R 点) 無	脈拍	整 ・ 不整				
BPSD(認知症の行動・心理症状)	有 () 無						
皮膚疾患(既住も含)	褥創 (有 ・ 部位) 無	疥癬 (有 ・ 無)	白癬 (有 ・ 無)				
禁忌・アレルギー	有 無						
食事形態			食事制限	有 () /kcal 無			
胸部X線(※6)	(月 日 実施)		採血 (平成 年 月 日※1)				
1.異常なし			HBs抗原(※2)	1. (-)	2. (+)		
2.所見あり			HCV抗体(※2)	1. (-)	2. (+)		
			ワ氏	1. (-)	2. (+)		
結核既往 (有 ・ 無)			RBC		WBC		
			Hb		Plt		
			BS		HbA1c(※3)		
心電図 (安静時)	1.所見なし (月 日 実施)		AST(GOT)		TP		
	2.所見あり		ALT(GPT)		Alb		
			GGT(r-GTP)		LDL-C(※4)		
			UN(BUN)		HDL-C(※4)		
尿定性	蛋白() 糖() 潜血()	CRE		TG			
	白血球反応() ウロビリノーゲン()	Na/K		UA			
尿沈査	赤血球() 白血球()	CRP		PT-INR(※5)			
	扁平上皮() 小円形上皮()			血液型(RH)	()型		
	塩類() 細菌()				RH()		
その他 特記すべき事項							

※ デイケアの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

令和 年 月 日

施設名および住所

電 話
医 師

(印)