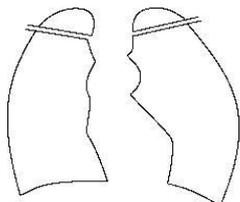


# 診療情報提供書

介護老人保健施設シェーンハイムやはば 宛

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 住 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 2.所見あり		HBs抗原(※2)	1. (-) 2. (+)
		HCV抗体(※2)	1. (-) 2. (+)
		ワ氏	1. (-) 2. (+)
		RBC	WBC
		Hb	Plt
結核既往 (有 ・ 無 )		BS	HbA1c(※3)
心電図 (安静時)	1.所見なし ( 月 日 実施) 2.所見あり	AST(GOT)	TP
		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( ) 塩 類( ) 細 菌( )		血液型(RH) ( )型 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。

※4) LDL、HDLについては可能であればお願いします。

※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。

※5) PTについてはワーファリン内服の方のみで結構です。

※3) HbA1cについては糖尿病の方のみで結構です。

※6) 入所申込の方は胸部X線コピーの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

施設名および住所

電 話  
医 師

印