

診療情報提供書

平成 年 月 日

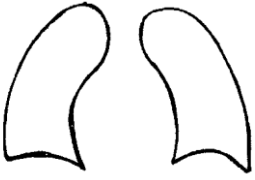
- 介護老人保健施設 甲府相川ケアセンター
 特別養護老人ホーム ゆめみどり
 特別養護老人ホーム 和楽WARAKU

担当医師 宛

医療機関名
医師名

印

下記の患者の診療情報を提供しますので宜しくお願いいたします

氏名		住所	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)	電話番号	
病名	①	内服薬	
		名称	量 個数 服薬時間
	②	①	/mg /錠 起・朝・昼・夕・寝
	③	②	起・朝・昼・夕・寝
	④	③	起・朝・昼・夕・寝
	⑤	④	起・朝・昼・夕・寝
	⑥	⑤	起・朝・昼・夕・寝
	⑦	⑥	起・朝・昼・夕・寝
	⑧	⑦	起・朝・昼・夕・寝
既往歴		要介護度 (要支援 I・II)(I・II・III・IV・V) 長谷川式スケール /30点(検査日 年 月 日) 認知症状(有・無) (具体的に)	
左・右利き 身長 cm 体重 kg 血圧 /		尿・蛋白質() 糖() 潜血()	
検査所見			
胸部X・P所見(年 月 日)		心電図所見 (年 月 日)	
			
血液検査(年 月 日)			
白血球数: _____ $\mu\ell$ 血小板: _____ $10^4/d\ell$ GOT: _____ IU/ ℓ GPT: _____ IU/ ℓ γ -GTP: _____ IU/ ℓ 赤血球数: _____ $10^4/d\ell$ TP: _____ g/d ℓ Na: _____ mEq/ ℓ K: _____ mEq/ ℓ Cl: _____ mEq/ ℓ 血色素量: _____ g/d ℓ Fe: _____ μ g/d ℓ アルブミン: _____ g/d ℓ CRP: _____ mg/d ℓ 血糖値: _____ mg/d ℓ (食前・食後 時間) LDL-C: _____ mg/d ℓ TG: _____ mg/dl BUN: _____ mg/d ℓ クレアチニン: _____ mg/d ℓ HbA1c: _____ %			
感染症状(年 月 日)		皮膚病 有・無	
梅毒反応(陰性・陽性) HCV(陰性・陽性)		(病名)	
HB抗原(陰性・陽性) HB抗体(陰性・陽性)		(部位)	
MRSA(陰性・陽性: 摂取部位 鼻腔・咽頭・他)			

※3ヶ月以内のデータをお願いします