

診療情報提供書 入所用

介護老人保健施設 すばる魚崎の郷

ふりがな				生年月日			
氏名	様	男・女	大・昭	年	月 日生(歳)		
住所	TEL						
現病名	①	年 月 日	既往歴	①	年 月 日		
	②	年 月 日		②	年 月 日		
	③	年 月 日		③	年 月 日		
	④	年 月 日		④	年 月 日		
	⑤	年 月 日		⑤	年 月 日		
	⑥	年 月 日		⑥	年 月 日		
	⑦	年 月 日		⑦	年 月 日		
	⑧	年 月 日		⑧	年 月 日		
症状・経過							
投薬			ADL	移動 (独歩・杖・歩行器・車椅子・寝たきり) 移乗 (自立・見守り・一部介助・全介助) 食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) 麻痺 (有・無) () 拘縮 (有・無) () その他 ()			
認知症	無 ・ 有 (軽 ・ 中 ・ 重)		周辺症状	無 ・ 有 徘徊・奇声・異食・不穏・妄想・昼夜逆転 その他()			
皮膚疾患	疥癬 (- ・ +) 褥瘡 (- ・ +) その他 []		アレルギー	薬剤；無 ・ 有 [] 食物；無 ・ 有 [] その他 []			
血液学	白血球		生化学	GOT	心電図	所見	
	赤血球			GPT			
	Hb			BUN			
	Fe			クレアチニン			
	Ht			UA			
	血小板			BNP			
	検査日	年 月		総コレステロール			
感染症	HBs抗原 (- ・ +)	尿検査	アルブミン	胸部X線	検査日	年 月 日	
	HBs抗体 (- ・ +)		血清蛋白				
	HCV抗体 (- ・ +)		Na				
	TPHA (- ・ +)		K				
	検査日		年 月				血糖
	MRSA (- ・ +)		HbA1c				
	喀痰・ ()		CRP				
	検査日		年 月				検査日
結核 (- ・ +)	糖	検査日	年 月 日				
喀痰・ ()	蛋白						
検査日	年 月			潜血			
検査日	年 月	検査日	年 月 日				

血液検査はデータ添付でも可。尚、検査データは直近3ヶ月以内のものをお願い致します。

(※検査は原則全項目必須とさせて頂いております。記入もれがある場合は受付出来ない事がありますのでご注意ください。)

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師

TEL

印