

年 月 日

介護老人保健施設診療情報提供書

殿

医療機関名

住所

TEL

医師名

印

利用者氏名	殿 男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)
住 所	

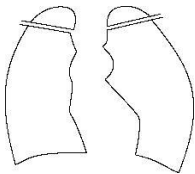
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症度	正常 ・ 1 ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
診断名	

既往歴:現病歴	
---------	--

血液検査(年 月 日実地)					
白血球数		総蛋白		クレアチニン	
赤血球		AST(GOT)		血清アルブミン	
血小板		ALT(GPT)		BUN	
ヘマトクリット		r-GTP		血糖	
ヘモグロビン		総コレステロール		CRP	

尿検査 (年 月 日実施)		
尿蛋白 (+ ± -)	糖 (+ ± -)	潜血 (+ ± -)

感染症検査(年 月 日実施)		
HBs抗原 (+ -)	HCV抗体 (+ -)	疥癬 (+ -)
MRSA(咽頭・鼻腔・痰)(+ -)	TPHA (+ -)	

胸部X線所見 (撮影 月 日)		結核の既往: 有 ・ 無 心電図所見 異常: 有 ・ 無 ()
--------------------	---	--

リハビリ		
リハビリ依頼	無 ☐ ・ 有 ☐	(PT OT ST)
禁忌及び注意事項	無 ☐ ・ 有 ☐	コメント

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

投薬処方内容		
1	4	7
2	5	8
3	6	9

(お願い) ・感染症と胸部X-P検査は最新データにて御記載お願い致します。
・糖尿病歴又は空腹時血糖値が200以上の方はHbA1cをお願い致します。