

# 診療情報提供書

医療法人社団草芳会 介護老人保健施設 エムズガーデン 施設長殿

フリガナ				M ・ S ・ T	
氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
住所	〒			電話	
傷病名	(1)	発症日 年 月 日			
	(2)	発症日 年 月 日			
	(3)	発症日 年 月 日			
既往歴					
身長・体重	cm	kg	血圧	脈拍 /分	
検査所見	検査日	年 月 日			
	感染症	梅毒(RPR定性: TPHA定性: ) HBe抗体: 無・有 HBs抗原: 無・有 HCV抗体: 無・有 疥癬: 無・有 MRSA( -・+ ) 部位: 鼻腔・咽頭・その他( )			
	尿検査	尿糖( ) 尿蛋白( ) 潜血( )			
	血液検査	WBC: RBC: Ht: Hb: Plt: GOT: GPT: $\gamma$ -GTP: TP: Alb: 血糖(空腹時): Cr: BUN: CRP:			
	血液型				
	糖尿病の場合	HbA1c:			
	胸部X線	無 ・ 有 所見:			
	心電図	無 ・ 有 所見:			
障害等	視力障害	無・有( )	褥瘡	無・有 (部位: 程度: )	
	聴力障害	無・有( )	アレルギー	無・有 薬 ( ) 食事等( )	
	言語障害	無・有( )			
処置内容	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 傷や褥瘡の処置(部位 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
認知症	無 ・ 有 ( )				
問題行動	無 ・ 有 ( )				
現在の使用薬剤及び処方内容					
受診者に対する注意事項					
平成 年 月 日 医療機関所在地 名称 医師名					