

診療情報提供書

作成日:令和 年 月 日

【紹介先】
医療法人社団 自靖会
介護老人保健施設 めぐみ

【紹介元】
医療・福祉機関
所在地
電話
担当医

氏名				様	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)				
住所											
診断名											
【現病歴および治療経過・治療方針】											
【既往歴】					【処方内容】						
寝たきり度 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					認知度 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
【現在の他科受診状況】 有りの場合、受診病院(診療所)名をご記入ください。 有 ・ 無							介護度 1・2・3・4・5・区・更				
【検査結果】直近の検査値を下記項目すべてご記入ください。(/ 欄には検査日を記入)											
/	血液一般	WBC		/	血液理化学的検査	CRP		/	胸部レントゲン		
		RBC				BUN					
		Hb				Cr					
		Ht				BS(食前)					
/	血液理化学的検査	ALP		/	尿一般	HbA1c		/	心電図		
		GOT				TPHA					
		GPT				HBs抗原					
		LDH				HBs抗体					
		TP				HCV抗体			感染症	MRSA (+ ・ -)	
		アルブミン				蛋白					肺結核 (+ ・ -)
		T-Chol				糖					疥癬 (+ ・ -)
		TG				潜血					その他
		γ-GTP				ウロビリノーゲン			認知症の有無 有 ・ 無 長谷川式 /30点		
		Na				便	潜血				
		K				身長	cm				
		CL				体重	kg				

【お願い】
当施設利用のお申込みをいただきましたご利用者様についての心身状態把握のため、情報提供書の作成をよろしくお願
いいたします。検査データにつきましては詳細の把握をさせて頂いておりますので、添付可能なデータがございましたら添付を
お願いします。なお、検査データ有効期間は、検査日より3ヶ月以内となっておりますのでご注意ください。