

診療情報提供書

作成日: 年 月 日

氏名	(男・女) 明・大・昭
様	生年月日 年 月 日 (歳)
住所 〒	電話

【診断名】

【既往症】

【現病歴および治療経過】

【処方(外用薬等も)】

※○をつけてください。

薬剤名	mg数(1回量)	錠/カプセル (1日量)	食前	食後
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前

【薬剤アレルギー】

【身体状況】

- 四肢欠損
- 関節の拘縮
- 筋力低下
- 麻痺(L・R)
- 褥瘡
- 嚥下障害
- 知覚障害
- 難聴
- 失調・不随運動
- 視覚障害
- 失語症
- カテーテル類留置

<備考>

【心身の状態に関する意見】

- ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- 認知症状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

【留意事項】

1. 食事・生活上の事項

2. リハビリ指導上の事項

3. 入浴時の事項

【検査所見】 [検査日 年 月 日] *検査値は3ヶ月以内の数値を記入してください

尿	糖		血液生化学	TP	(g/dl)	TG	(mg/dl)
	蛋白			ALB	(mg/dl)	BUN	(mg/dl)
	潜血			GOT	(U/l)	Cre	(mg/dl)
血液	白血球数			GPT	(U/l)	Na	(mEq/l)
	赤血球数	(10^4 / μ l)		γ -GTP	(U/l)	K	(mEq/l)
	血色素数	(g/dl)		ChE	(U/l)	Cl	(mEq/l)
	ヘマトクリット	(%)		HDL	(mg/dl)	CRP	(mg/dl)
	血小板	(10^4 / μ l)		LDL	(mg/dl)	血糖	食前 食後 (mg/dl)
				NT-Pro-BNP	(pg/mL)	HbA1c	JDS NGSP (%)
				慢性心不全の方		糖尿病歴のある方	
			PT-INR				
			ワーファリンを服用されている方				

[検査日: 年 月 日] *検査値は3ヶ月以内の数値を記入してください

TPHA		HBs抗原		HCV抗体	
------	--	-------	--	-------	--

MRSA *1	有・無	皮膚疾患	有・無	疥癬 *2	有・無
検出部位		疾患名		結核性疾患	有・無

*1 喀痰、バルーン、じょく瘡等の有る方はMRSAの有無について検査し必ず検査結果のコピーを添付してください。

*2 疥癬症発症した方は治癒証明証を添付して下さい。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

血圧 _____ / _____

●心電図所見

(波形のコピーを必ず添付してください)

【特記事項】

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●胸部X-P所見

CTR _____ %

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発行元:

医療機関の所在地

名称

電話

担当医

Ⓜ