

診療情報提供書

年 月 日

紹介元

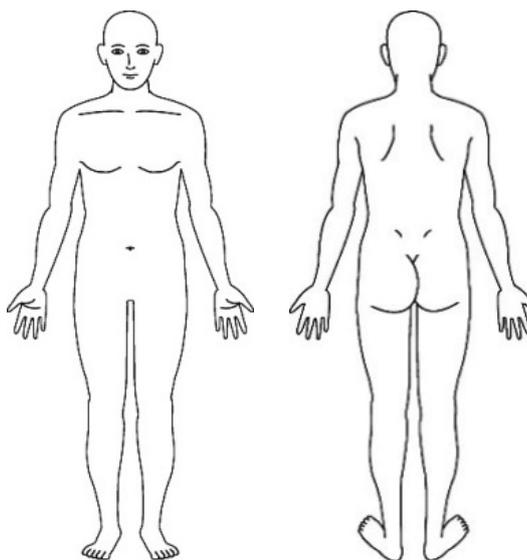
所在地

TEL

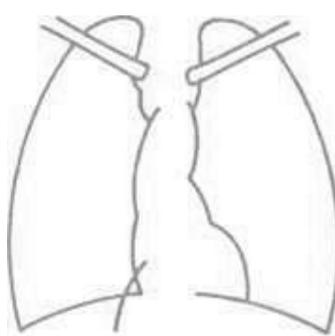
名称

医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年	月	日生	歳
傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)					
既往歴とその発症年月					
症状経過、検査結果及び治療経過			麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい		
					
現在の処方					
禁忌薬剤 ()					
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2					
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M					
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)					
備考					

診療情報提供書

検査所見 (年 月 日)																																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">白血球数</td><td style="width: 15%;">()</td><td style="width: 15%;">× 10³/mm³</td></tr> <tr><td>赤血球数</td><td>()</td><td>× 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>血色素量</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td>()</td><td>%</td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>()</td><td>× 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>AST</td><td>()</td><td>μ/l</td></tr> <tr><td>ALT</td><td>()</td><td>μ/l</td></tr> <tr><td>尿素窒素</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>クレアチニン</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>ナトリウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>カリウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>カルシウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>血清蛋白</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>CRP</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>血糖値</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>HbA1c</td><td>()</td><td>%</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">※HbA1cは糖尿病の方のみ</td></tr> </table>	白血球数	()	× 10 ³ /mm ³	赤血球数	()	× 10 ⁴ /mm ³	血色素量	()	g/dl	ヘマトクリット	()	%	血小板数	()	× 10 ⁴ /mm ³	AST	()	μ/l	ALT	()	μ/l	尿素窒素	()	mg/dl	クレアチニン	()	mg/dl	ナトリウム	()	mEq/l	カリウム	()	mEq/l	カルシウム	()	mEq/l	血清蛋白	()	g/dl	血清アルブミン	()	g/dl	CRP	()	mg/dl	血糖値	()	mg/dl	HbA1c	()	%	※HbA1cは糖尿病の方のみ			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">尿</td> <td style="padding: 5px;"> 蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">感染症</td> <td style="padding: 5px;"> HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">皮膚疾患</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 無 ・ 有 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位)) </td> </tr> </table>	尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)	感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性)	皮膚疾患	無 ・ 有 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位))
白血球数	()	× 10 ³ /mm ³																																																											
赤血球数	()	× 10 ⁴ /mm ³																																																											
血色素量	()	g/dl																																																											
ヘマトクリット	()	%																																																											
血小板数	()	× 10 ⁴ /mm ³																																																											
AST	()	μ/l																																																											
ALT	()	μ/l																																																											
尿素窒素	()	mg/dl																																																											
クレアチニン	()	mg/dl																																																											
ナトリウム	()	mEq/l																																																											
カリウム	()	mEq/l																																																											
カルシウム	()	mEq/l																																																											
血清蛋白	()	g/dl																																																											
血清アルブミン	()	g/dl																																																											
CRP	()	mg/dl																																																											
血糖値	()	mg/dl																																																											
HbA1c	()	%																																																											
※HbA1cは糖尿病の方のみ																																																													
尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)																																																												
感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性)																																																												
皮膚疾患	無 ・ 有 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位))																																																												
胸部 X 線所見 (撮影 年 月 日)																																																													
できるだけ写真を添付して下さい																																																													
																																																													
心電図所見 (年 月 日)																																																													

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします。