

診療情報提供書

平成 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】

【現病歴及び治療経過】

【現在の他科受診状況】

・他科受診あり ※アリの場合は受信 受信医療機関名/受診科目 他科受診での処方の有無
医療機関名、診療科
・他科受診なし 目等をご記入下さい。

【処方(外用薬等も)】

※○をつけてください。

| 薬剤名 | 含量(mg数) | 錠/カプセル (1回量) | 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 |

【薬剤アレルギー】

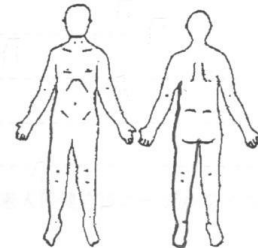
【ワクチン接種】

インフルエンザワクチン接種 ・有り・無し・不明 有りの場合 接種日 年 月 日
肺炎球菌ワクチン接種 ・有り・無し・不明 有りの場合 接種日 年 月 日

【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
認知状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

※裏面もご記入下さい。(介護老人保健施設 音羽えびすの郷171101)

【留意事項】

1.生活上の事項

2. リハビリ指導上の事項

3. 入浴時の事項

【健康状態に関する特記事項と所見】

【検査所見】 [施行日 平成 年 月 日]

| | | |
|-----|---------|----------------------|
| 尿糖 | 糖 | |
| | 蛋白 | |
| 尿潜血 | 潜血 | |
| | 便潜血 | |
| 血液 | 白血球数 | |
| | 赤血球数 | 10 ⁴ / μl |
| | 血色素数 | g/dl |
| | ヘマトクリット | % |
| | 血小板 | 10 ⁴ / μl |

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------------|---------------|
| 血液生化学 | ALB | g/dl | Cr | mg/dl |
| | GOT | U/l | Na | mEq/l |
| | GPT | U/l | K | mEq/l |
| | AL-P | U/l | Cl | mEq/l |
| | γ-GTP | U/l | Ca | mg/dl |
| | T-CHO | mg/dl | CRP | mg/dl |
| | TG | mg/dl | 血糖 | (食前・食後) mg/dl |
| | LDH | U/l | ▲HbA1c | % |
| | BUN | mg/dl | ▲糖尿病歴のある方のみ | |

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

| | | | | | |
|------|-----|------|-----|-------|-----|
| MRSA | 有・無 | 皮膚疾患 | 有・無 | 疥癬 | 有・無 |
| 検出部位 | | 疾患名 | | 結核性疾患 | |

身長 _____ cm 体重 _____ kg
 血圧 _____ / _____
 血液型 _____ 型 (RH _____)

● 心電図所見 (コピーを必ず添付してください)
 ● 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【食事制限等の特記事項】

◆栄養価について

施設では以下のような栄養価で食事提供をしています。
 ・塩分 1日8g前後 ・カロリー 性別年齢に応じた4段階
 ・蛋白 65g前後 ・脂質 40g前後

1. 制限食の必要性(必要な場合は以下に○をつけてください)

- ・塩分制限 (A:平均8gで良い B:漬け物などははずす)
- ・カロリー制限 (A 有り B なし)
- 1 : 1000~1200 2 : 1200~1400
- 3 : 1400~1600 4 : 1600~1800
- ・蛋白制限は基本的になし
- ・脂質制限は基本的になし

2. アレルギー、禁止食品、その他特記(できるだけ具体的にお書き下さい)

●疥癬症発症した方は治癒証明証を添付して下さい。

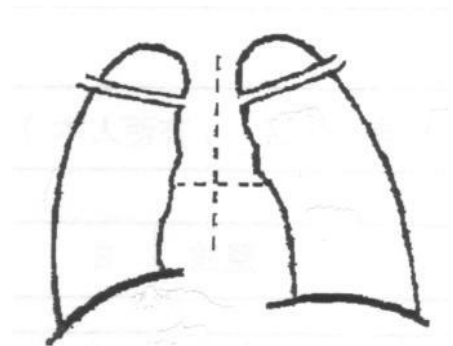
医療機関の所在地

本提供書の有効期限は、上記発効日より3ヶ月の間とする。

名称
電話
担当医

印

●胸部X-P所見
CTR _____ %



●検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日