

診療情報提供書

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 ※アリの場合は受信医療機関名、診療科目等をご記入下さい。
- ・他科受診なし

受信医療機関名/受診科目

他科受診での処方の有無

【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】

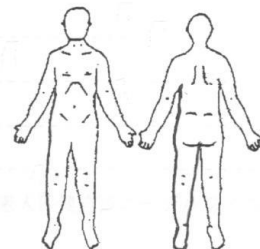
インフルエンザワクチン接種 ・有り・無し・不明
肺炎球菌ワクチン接種 ・有り・無し・不明

有りの場合 接種日
有りの場合 接種日

年 月 日
年 月 日

【身体状況】

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



【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181101)

【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 年 月 日]

尿	糖	
	蛋白	
定性	潜血	
	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】

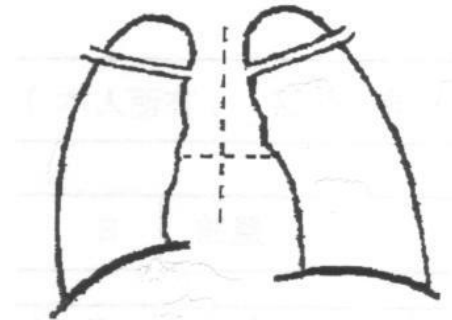
◆ 栄養価について

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: _____ g制限 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 (_____ g制限)
 ・脂質制限 (_____ g制限)

● 胸部X-P所見
 CTR _____ %



● 検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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