

診療情報提供書

◆これは社会福祉法人久盛福祉会の下記施設入居に関する診療情報提供書です。

【 特別養護老人ホーム生寿園 ショートステイ生寿園 特別養護老人ホーム誠心園 ショートステイ誠心園 】

フリガナ		性別	生年月日	明治 大正 昭和
氏名		男・女	年月日	年 月 日生 歳
住所	〒 -		電話番号	- -

傷病名 及び 既往症	1	発症日	年 月 頃	不詳
	2	発症日	年 月 頃	不詳
	3	発症日	年 月 頃	不詳
	4	発症日	年 月 頃	不詳
	5	発症日	年 月 頃	不詳
	6	発症日	年 月 頃	不詳

※内服しているお薬に関する病名及び既往歴を全てご記入願います。

障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

身長 cm 体重 kg 血 圧 ~ mmHg

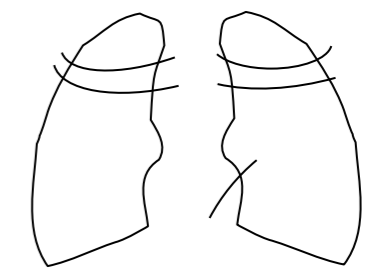
尿検査	蛋白	
	糖	
	潜血	

血液学的検査	WBC	/μL
	Hb	g/dL
	Ht	%

生化学検査	ALB	g/dL
	AST(GOT)	U/L
	ALT(GPT)	U/L
	γ-GTP	U/L
	K	mEq/L
	Na	mEq/L
	Cl	mEq/L
	BUN	mg/dL
	CRE	mg/dL
	CRP	mg/dL
HbA1C	%	
FBS	mg/dL	

感染症	HBs抗原	+・-
	HCV抗体	+・-
	TPHA	+・-
	MRSA	+・-
		検出部位()

心電図検査 (コピー可)
検査日 令和 年 月 日
異常所見 : 有・無

胸部X線撮影(6ヶ月以内の写真)
結核の既往 : 有・無・不詳
異常所見 : 有・無

撮影日 令和 年 月 日

所見及び今後の診療	現在の処方内容
<p>*他科受診 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p><input type="checkbox"/>内科 <input type="checkbox"/>呼吸器科 <input type="checkbox"/>消化器科</p> <p><input type="checkbox"/>循環器科 <input type="checkbox"/>整形外科 <input type="checkbox"/>泌尿器科 <input type="checkbox"/>婦人科 <input type="checkbox"/>皮膚科</p> <p><input type="checkbox"/>眼科 <input type="checkbox"/>歯科 <input type="checkbox"/>その他()</p>	

令和 年 月 日
住 所
医療機関名
医師氏名