

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 しおかわ福寿の里

先生

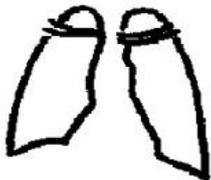
医療機関名

診療科

医師

印

下記患者様の診療情報を提供しますので宜しくお願いします。

氏名	様			住所					
生年月日	大正・昭和	年	月	日生 ( ) 歳	電話番号				
病名					内	①			
					服	②			
					薬	③			
						④			
						⑤			
既往歴					要介護度				
					・要支援 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II ・要介護 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
					長谷川式スケール( /30点)				
					認知症状 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )				
左・右利き	身長	体重	血压	/	尿蛋白	尿糖	尿潜血		
<b>検査所見</b>									
胸部x-p所見					心電図所見				
									
血液検査	T-P	g/dl	クレアチニン	mg/dl	Fe	μg/dl	白血球	× 10 <sup>2</sup> μl	
	アルブミン	g/dl	BUN	mg/dl	CRP	mg/dl	赤血球	× 10 <sup>4</sup> μl	
	GOT	IU/I	Na	mEq/I	血糖値		血色素	g/dl	
	GPT	IU/I	K	mEq/I	(食前・食後 時間)		血小板	× 10 <sup>4</sup> μl	
	γ-GTP	IU/I	CL	mEq/I					
リハビリ留意事項	【禁忌】			【中止の基準】			【運動等の負荷】		
感染症	梅毒反応	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	HCV	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	皮膚病		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	(病名)				
	MRSA	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性, 摂取部位 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 他 )			(部位)				

※ 3ヶ月以内のデータをお願いします。

山梨県介護老人保健施設協議会より改定版