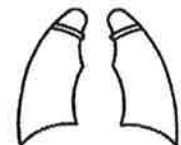


【診療情報提供書】

ふりがな	男・女	大正昭和	年	月	日生 (満歳)
氏名					
住所					
病名	①		年	月	日頃
	②		年	月	日頃
	③		年	月	日頃
	④		年	月	日頃
	⑤		年	月	日頃
・病歴					
・処方内容 (別紙添付でも結構です)					
認知症	有・無	□脳血管性 □アルツハイマー型 □レビー小体 □前頭側頭葉型 □詳細不明			
行動・心理症状	有・無	症状:			
精神・神経症状	有・無	症状:			
麻痺	有・無	〈部位〉 (上肢 右・左 / 下肢 右・左)			
筋力低下	有・無	〈部位〉 (上肢 右・左 / 下肢 右・左)			
関節拘縮	有・無	〈部位〉 ()			
失調・不随運動	有・無	〈部位〉 ()			
皮膚疾患	有・無	□疥癬 □皮膚掻痒症 □褥瘡 □その他 ()			

診察・臨床検査所見	身長	cm	体重	kg	胸部X線検査	
	血圧	/	脈拍	/分	不整脈: 有・無	
	浮腫: 有・無 (顔・手・下腿・足・その他)				異常 有・無	
	心電図所見: 異常 有・無 (コピーでも可)				結核の既往 有・無	
	□不整脈 □心房細動 □上室性頻脈 □房室ブロック					
	□虚血性心疾患 □陳旧性心筋梗塞					
	□その他 ()					
	感	HBsAg		HCVAb		撮影 年 月 日 (3か月以内の写真)
	染	TPHA		その他		
	症	MRSA		感染症は検査のできる範囲内での記入をお願いします		
血液型: 型 Rh (+ -)						
血液検査【実施日: 年 月 日】						
尿検査【実施日: 年 月 日】 *検査データのコピーでも結構です (3か月以内のデータ)						
血液検査		TP	Na	FBS		
Hb	ALB	CL	HbA1c			
RBC	BUN	K	*PTINR			
Ht	Cre	Ca	*抗血栓剤服用中の方			
PLT	UA	γ-GTP	尿検査			
WBC	T-cho	AST	尿蛋白			
	TG	ALT	尿糖			
	T-Bil	CRP	尿潜血			
栄養	食事療法: 有・無					
	カロリー: 1日 kcal					
	塩分: 1日 g					
医療器具	経管栄養: 1日 kcal (使用栄養剤:)					
	嚥下: □できる □むせやすい □できない・留意事項 ()					
他科受診	医学的な管理を要する器具 (有・無)					
	□経鼻栄養 □胃瘻 □尿道カテーテル □ストーマ □ペースメーカー □その他:					
	・病院名・診療科名・病名(わかる範囲での記入をお願いします)					
・処方内容						
医療機関名			科 令和 年 月 日			
住所			医師署名			