

介護老人保健施設診療情報提供書

殿

医療機関名
TEL
医師名

利用者氏名	殿 男 ・ 女
生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)
住 所	

要介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症度	正常	1	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	
診 断 名									
既往歴・現病歴									

血液検査(平成 年 月 日実地)

白血球数	総蛋白	クレアチニン
赤血球	GOT	血清アルブミン
血小板	GPT	BUN
ヘマトクリット	γ-GPT	CRP
ヘモグロビン	総コレステロール	血糖値

尿定性(平成 年 月 日実施)

尿白: + ± -	糖: + ± -	潜血: + ± -
-----------	----------	-----------

感染症検査(平成 年 月 日実施)

HBS抗原(+ -)	HCV抗体 (+ -)	疥癬 (+ -)
MRSA(咽頭・鼻腔・痰) (+ -)		
胸部X線所見	結核の既往: 有 ・ 無	
心電図所見 異常 : 有 ・ 無	不整脈 : 有 ・ 無	

リハビリ

リハビリ依頼	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (PT OT ST)
禁忌及び注意事項	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コメント

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

投薬処方内容

1	4	7
2	5	8
3	6	9

(お願い)感染症と胸部X-P検査は最新データにて御記載お願い致します。