

# 診療情報提供書

年 月 日

勤医協 老人保健施設柏ヶ丘  
施設長 殿

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名

印

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	年齢	歳
住所			

紹介目的	1. 入所    2. 短期入所    3. 通所リハビリ    4. 通所介護
------	------------------------------------------

診断名	①	年 月 日
	②	年 月 日
	③	年 月 日
	④	年 月 日
	⑤	年 月 日

現病歴	
	他科診療の有無 : 無 ・ 有 ( )

既往歴	
-----	--

患者に関する情報 (患者氏名: )

心身機能	障害高齢者の日常生活自立度	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知症高齢者の日常生活自立度	なし	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	長谷川式スケール	点	(判定日: 年 月 日)							
	MMS E	点	(判定日: 年 月 日)							
	行動障害	無・有	内容: _____							

医療的ケア	インスリン	無・有 (薬品名: _____、回法: - - -)
	胃ろう	無・有 (内容: _____)
	人工肛門	無・有 (内容: _____)
	酸素吸入	無・有 (内容: _____)
	褥瘡	無・有 (内容: _____)
	その他	

栄養マネジメント	①身長: _____ cm、 体重: _____ kg		
	②食事:	制限・治療食の内容等	常食・糖尿病食・心臓病食、 ( _____ kcal)
	主食形態	米飯・全粥	
	副食形態	普通・一口大・キザミ・ミキサー ( _____ )	
	その他		

検査所見	①生化学検査 (実施: 年 月 日)				②免疫・血清学的検査 (実施: 年 月 日)			
	白血球		Alb		血型	A・B・O・AB	Rh:	
	赤血球		BUN		HBS抗原		HCV	
	ヘモグロビン		Cr		ワ氏			
	ヘマトクリット		UA		③尿検査			
	血小板数		CRP		ウロビリ		蛋白	
	GOT		LDL		糖		潜血	
	GPT		T-G		④胸部X P所見 (実施: 年 月 日)			
	LDH		HDLC		異常: 無・有			
	ALP		Na		⑤EKG所見			
	TTT		K		異常: 無・有			
	ZTT		Cl					
	γ-GTP		Glu					
	CHE		HbA1c					
	T-Bil							
T-P								

服薬情報	処方内容
	薬物アレルギー: 無・有

※検査所見及び処方内容につきましては、検査結果や処方箋の複写の添付に代えても構いません。