

診療情報提供書

年 月 日

グリーンビレッジ朝霞台宛

病院名

住所

電話番号

()

担当医

科

印

(フリガナ) 氏 名	男・女	大正 昭和 年 月 日生 歳			
住 所		TEL ()			
紹介目的 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ					
疾病名 (発症日 年 月 日)					
経過概要					
既往歴					
処方内容					
検査日 年 月 日 ※検査結果は3ヶ月以内のものをご記入ください。					
WBC	/μℓ	GOT	IU/ℓ	HbA1c(糖尿病の方のみ)	%
RBC	×10 ⁴ /μℓ	GPT	IU/ℓ	胸部X線所見	
Hb	g/dℓ	CRE	mg/dℓ		
Ht	%	Na	mEq/ℓ		
血小板	×10 ⁴ /μℓ	K	mEq/ℓ	EKG 所見	
CRP	mg/dℓ	UA	mg/dℓ		
医療情報 (該当するものを○で囲んでください) 気管カニューレ・点滴・IVH・膀胱カテーテル・Mチューブ・胃ろう・酸素・人工肛門・人工透析・疥癬 ※感染症あればご記入ください。 HBsAg (+・-) HCVA b (+・-) RPR (+・-) TPHA (+・-) MRSA (+・-) その他感染症 ()・褥瘡 (部位)					
認知症 無・有 (具体的症状)					
高齢者の生活自立度		正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知高齢者の生活自立度		正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			