

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	/ μ ℓ	GOT	IU/ ℓ	胸部 X 線所見
RBC	$\times 10^4$ / μ ℓ	GPT	IU/ ℓ	
Hb	g/dℓ	CRE	mg/dℓ	
Ht	%	Na	mEq/ ℓ	EKG 所見
血小板	$\times 10^4$ / μ ℓ	K	mEq/ ℓ	
CRP	mg/dℓ	Cl	mEq/ ℓ	
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		