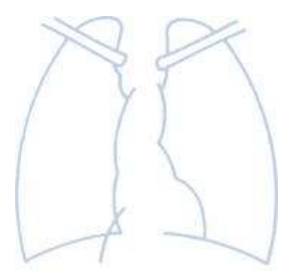


診療情報提供書

利用者名 様	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢 歳
傷病名（発症時期）			
既往歴（発症時期及び病状・病状経過）			
処方薬（あれば目薬・軟膏等も）			
要介護度		申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5	
日常生活自立度	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症	自立・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ	

検査所見

身長	cm	体重	Kg	皮膚疾患 褥瘡（ ）その他（ ）
採血/検尿日 平成 年 月 日				心電図 平成 年 月 日
尿検査（蛋白： ）（糖： ）（潜血： ）				所見
血算	WBC		CRP	
	RBC		BS	
	Hb		HbA1c	
	PLT		尿酸	
生化学	TP		TG	
	Alb		LDL	
	GOT		HDL	
	GPT		PT-INR ^(注1)	
	BUN		感染症	HBs (+・-) ()
	Cr			HCV (+・-) ()
	Na			MRSA (++) (+・-) ()
	K			部位
Cl		梅毒 (+・-) ()		
				<div style="text-align: center;">  <p>※X線検査は3か月以内のものをお願いします</p> </div>
				処置 膀胱留置カテーテル・経管栄養(鼻腔・胃瘻) 人工肛門・その他()

(注1)ワーファリン内服中の方のみ検査してください。
 ※上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付していただければ幸いです。

介護老人保健施設 三鷹ロイヤルの丘宛

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
電話
医師名 科 印