

# 診療情報提供書

1/2

\*同様の記載内容があれば他書式でもかまいません。  
また、検査データや処方内容も添付資料があれば記載不要です。

1	氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生	年齢	歳
2	傷病名								
	既往症又は大きな病気や怪我								
	症状・病状経過								
処方薬									

# 診療情報提供書

氏名 ( ) 様

3	治療食・食事制限 等						
4	胸部所見				胸部レントゲン所見 直接 / 間接 年 月 日 撮影		
5	心 電 図	心電図所見 検査日 年 月 日					
6	身 長	. cm	体 重	. kg			
7	尿	蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( )			HDSR M M S E 点		
8	日 常 生 活 自 立 度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
		認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
9	身 体 状 況	拘 縮	有・無 (部位 )		麻 痺		
10	皮 膚 疾 患	有・無 (あれば具体的に )					
11	血 圧	High / Low					
12	血 液 所 見	検査日 年 月 日					
		赤血球数	$\times 10^6 / \mu\text{l}$	TP	g/dl	クレアチニン	
		白血球数	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	アルブミン	g/dl	Na	
		血色素量	g/dl	GOT	単位	K	
		ヘマトクリット	%	GPT	単位	T-cho	
		血小板	$\times 10^4 / \mu\text{l}$	r-GTP	単位	LDL-cho	
		尿酸	mg/dl	BUN	mg/dl	中性脂肪	
		血糖値	mg/dl	*糖尿病の既往がある方 (HbA1cどちらかお願いします。)			
		* HbA1c (JDS値) %		* HbA1c (NGSP値) %			
		*抗凝固剤内服の方 (プロトロンビン時間)					
		*抗けいれん薬内服の方 (血中濃度)					
		*腎機能低下の方 (eGFR値)					
13	感 染 症	検査日 年 月 日			検査していれば		
		HBS抗原 ( )	HCV抗体 ( )	MRSA ( )			
14	そ の 他						

介護老人保健施設 ろうけんくがやま

年 月 日

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師氏名

印