

診療情報提供書

記載日 令和 年 月 日

患者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 (男性 ・ 女性)

生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

診 断
既 往 歴
アレルギー歴
家 族 歴
これまでの治療経過を含む、最近の病状
処方内容
医学的管理を要する器具 (有 ・ 無) <具体的に記載> (気管切開チューブ ・ 経鼻胃管 ・ 胃瘻 ・ 尿道カテーテル ・ 膀胱瘻 ・ その他)
食事制限 (有 ・ 無) <具体的に記載> ()
認知症に関して ・ 認知症 (有 ・ 無) HDS-R / 30 (検査日 年 月 日) ・ 問題行動 (有 ・ 無) <具体的に記載> ()

・抑うつ（有・無）
 ・精神症状（有・無）〈具体的に記載〉（ ）
 ・高次機能障害（有・無）
 （ ）

身体所見

皮膚トラブル（有・無） 治療内容（ ）
 （褥瘡・白癬・疥癬・その他） 部位（ ）

身体機能
 ・麻痺（有・無）〈部位〉（ ）
 ・知覚低下（有・無）〈部位〉（ ）
 ・筋力低下（有・無）〈部位〉（ ）
 ・関節拘縮（有・無）〈部位〉（ ）
 ・失調・不随意運動（有・無）〈部位〉（ ）

検査所見【実施日： 年 月 日】検査データのコピー可

血液検査

WBC		TP		BUN		FBS	
RBC		Alb		Cre		HbA1c	
Hb		AST(GOT)		Na		T-chO	
Ht		ALT(GPT)		K		TG	
Plt		ALP		Cl		HDL	
		γ-GTP		Ca		CRP	

- ・記載日から1週間以内のデータで願います。
- ・全項目記載として下さい。
- ・異常数値につきましては、比較対象として2・3のデータ添付願います。(貧血・腎機能障害等)

尿	
糖	
蛋白	
潜血	

感染症	
HBs抗原	
HCV抗体	
TPHA	
MRSA	

胸部X線【 年 月 日】

心電図所見【実施日： 年 月 日】

その他 特記事項

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____ 印