**診療情報提供書**

**介護老人保健施設　長生苑　宛**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | | | | | | | | | |
| **患者氏名　　　　　　　　　　男・女　　　　歳** | | | | | **生年月日（大・昭・平　　　年　　　月　　　日）** | | | | |
| **治療中・投薬中・管理中の病名** | | | | | | | | | |
| **①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　④** | | | | | | | | | |
| **②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑤** | | | | | | | | | |
| **③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑥** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **既往歴（該当するものに○印）** | | | | | | | | | |
| **高血圧症　　糖尿病　　肝臓病　　心臓病　　虚血性心疾患　　心筋症　　脳梗塞　　脳出血　　 腎臓病　　慢性肺疾患　肺気腫　　気管支喘息　　結核**  **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | |
| **現在治療中の疾患の症状・治療経過** | | | | | | | | | |
| **次回受診の必要性（無、有→受診日：　　月　　日／　　　　ヶ月後　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | |
| **認知症の有無　　（無、　有→①（HDS-R　　　　点　または　軽度・中等度・重度　　　　　　）** | | | | | | | | | |
| **②周辺症状　（無、有→徘徊・奇声・不穏・暴行・介護抵抗・異食・昼夜逆転・妄想・その他　）** | | | | | | | | | |
| **身長　　　　　　cm　体重　　　　　　㎏　血圧　　　　/　　　　mmHg　　Spo2　　　　　％** | | | | | | | | | |
| **四肢機能障害（　無　、　有→** | | | | | | | | | |
| **排尿障害　　（　無　、　有→** | | | | | | | | | |
| **皮膚疾患　　（　無　、　有→** | | | | | | | | | |
| **アレルギー・禁忌薬剤（　無　、　有→** | | | | | | | | | |
| **現在の処方（添付資料にても可）** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **他医療機関からの処方（無　、　有→医療機関名** | | | | | | | | | |
| **胸部X線**  **肺野 　①異常なし 　②異常あり 心拡大 　①なし 　②あり** | | **所見　　　　　　　　　（　　月　　日撮影）**  **C:\Users\keihan\Desktop\名称未設定-313.jpg** | | | **心電図**  **①正常範囲 　②異常あり** | | **所見　　　　　　　　（　　月　　日施行）** | | | | |
|
|
|
|
|
|
| **血液検査（令　　年　　月　　日施行）※以外は必須検査です** | | | | | | | | | | | |
| **白血球数** | | |  | **μl** | **AST** | | |  |  | **IU/I** | |
| **赤血球数** | | |  | **万/μl** | **ALT** | | |  | **IU/I** | |
| **ヘモグロビン** | | |  | **g/dl** | **γ-GPT　※** | | |  | **単位** | |
| **ヘマトクリット** | | |  | **％** | **Na** | | |  | **ｍEq/l** | |
| **血小板数** | | |  | **万/μｌ** | **Cｌ** | | |  | **ｍEq/l** | |
| **Fe　※** | | |  |  | **K** | | |  | **ｍEq/l** | |
| **総蛋白** | | |  | **ｇ/dl** | **クレアチニン** | | |  | **mg/dl** | |
| **アルブミン　※** | | |  | **ｇ/dl** | **尿素窒素　※** | | |  | **mg/dl** | |
| **総コレステロール** | | |  | **mg/dl** | **CRP** | | |  | **mg/dl** | |
| **LDLコレステロール※** | | |  | **mg/dl** | **血糖** | | |  | **mg/dl** | |
| **尿酸　※** | | |  | **mg/dl** | **総ビリルビン　※** | | | |  | **mg/dl** | |
| **HBｓ抗原　　　　　　　　（　陰性　　　　陽性　　）** | | | | | **TPHA／RPR　※　　　　　（　　　陰性　　　　　　　陽性　　）** | | | | | | |
| **HCV　　　　　　　　　　　（　陰性　　　　陽性　　）** | | | | | **MRSA陽性　※　　　　　　（部位　　　　　 　　　　）/陰性** | | | | | | |
| **PT-INR　※　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | **ワーファリン服用の方** | | | | | | |
| **BNP/NT-proBNP　※　　（　　　　　　　　　　　　　）pg/ml** | | | | | **検査されている方/心不全治療中の方** | | | | | | |
| **HbA1c　※　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）％** | | | | | **検査されている方/糖尿病治療中の方** | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | |
| **※CT・MRI・エコー検査・胃カメラ等の検査（　　月　　日施行）：ございましたら簡単な所見かコピーをお願いします。** | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
| **医療処置　（無、有→） 　ペースメーカー装着、　経管栄養、　酸素療法、　吸引、　人工肛門、　尿道カテーテル、**  **インスリン注射 　その他** | | | | | | | | | | | |
|
|

**令和　　　年　　　月　　　日**

**医療機関名**

**所在地**

**電話番号**

**医師名**