**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**