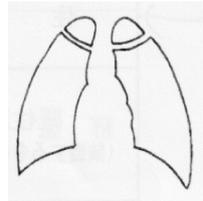


# 診療情報提供書

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 kg 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)	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 赤血球数 ヘモグロビン ヘマトクリット 血小板数 Fe ※ 総蛋白 アルブミン ※ 総コレステロール LDL コレステロール※ 尿酸 ※		μl 万/μl g/dl % 万/μl g/dl g/dl mg/dl mg/dl mg/dl	AST ALT γ-GPT ※ Na Cl K クレアチニン 尿素窒素 ※ CRP 血糖 総ビリルビン ※		IU/l IU/l 単位 mEq/l mEq/l mEq/l mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl
HBs抗原 ( 陰性 陽性 ) HCV ( 陰性 陽性 )			TPHA/RPR ※ ( 陰性 陽性 ) MRSA 陽性 ※ ( 部位 )/陰性		
PT-INR ※ ( ) BNP/NT-proBNP ※ ( )pg/ml HbA1c ※ ( )%			ワーファリン服用の方 検査されている方/心不全治療中の方 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