

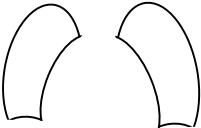
# 診療情報提供書

介護老人保健施設  
担当医師 宛

令和 年 月 日

医療機関名

下記の患者の診察情報を提供しますので宜しくお願いいたします

氏名 様 (男・女) 生年月 M・T・S 年 月 日 (才)	住 所 電話番号
病 名 ① ② ③ ④	内服薬
既往症	要介護度 (要支援 I・II) (I・II・III・IV・V) 長谷川式スケール( / 30点 ) 認知症状(有・無) (具体的に)
左・右利き 身長 cm 体重 kg 血圧 / 尿・蛋白質( ) 糖( ) 潜血( )	
検査所見	
胸部X・P所見 	心電図所見
血液検査 白血球: _____ 血小板: _____ GPT: _____ N a: _____ K : _____ 赤血球: _____ T P: _____ γGTP: _____ GOT: _____ C I : _____ 血色素: _____ F e : _____ アルブミン _____ g/dl 血糖値: _____ mg/dl (食前・食後 時間) CRP : _____ B U N: _____ mg/dl クレアチニン: _____ mg/dl	
感染症状 梅毒反応 (陰性・陽性) HCV (陰性・陽性) HB抗原 (陰性・陽性) HB抗体 (陰性・陽性) MRSA (陰性・陽性) (摂取部位) 鼻腔・咽頭・他	皮膚病(有・無) (病名) (部位)

\*3ヶ月以内のデータをお願いします

山梨県介護老人保健施設協議会