

診療情報提供書

利用者氏名 様	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢 歳
傷病名（発症時期）			
既往症（発症時期）及び症状・症状経過			
処方薬			
要介護度	申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5		
日常生活自立度	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	問題行動 無・有（ ）

検査所見

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡（部位）	その他（ ）
採血／検尿日 年 月 日				心電図 年 月 日		
尿検査（蛋白： ）（糖： ）（潜血： ）				所見		
血算	WBC		CRP		X線撮影 年 月 日 所見	
	RBC		BS			
	Hb		Hb(A1c)			
生化学	TP		感染症	HBs	(+・-) 未検	*X線検査は3ヵ月以内のものをお願い致します。 処置 膀胱留置カテーテル・経管栄養(経鼻・胃ろう) 人工肛門・(その他)
	Alb			HCV	(+・-) 未検	
	GOT			MRSA	(+・++) 未検	
	GPT				部位()	
	BUN			梅毒	(+・-) 未検	
	Cr			その他		
	Na		その他			
	K					
	Cl					

* 上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付いただければ幸いです。

年 月 日

医療機関等名

所在地

TEL

医師名 科 印