

< 診療情報提供書 >

介護老人保健施設ハウスグリーンパーク
担当医 宛

住 所

医療機関

医 師

(担当科

印

科)

TEL : 0422-37-1122

FAX : 0422-50-0677

TEL

氏名	フリガナ	生 年 月 日	明・大・昭
	様 (男・女)		年 月 日(歳)
診断 (疾病・傷病名)	-----		

既往症	-----		

状況と経過	-----		

処 方	-----		

< 診療情報提供書 >

※印は、ショートステイ(短期入所)とデイケア(通所リハ)の利用申込みでは記入不要 (2枚目)

身長	cm	体重	kg	平均血圧	/	
心電図検査	検査日:平成	年	月	日	胸部X-P検査 検査日:平成 年 月 日	
血液 ・ 生化学 ・ 一般 ・ 尿	WBC			CRP		
	RBC			BS	[空腹時 or 食後 時間]	
	Hb			HbA1C	[糖尿病の方 3ヶ月以内]	
	Ht			総コレステロール		
	血小板			TG		
	TP			BUN		
	Alb			Cr		
	LDH			Na	※	
	T-Bil	※			K	※
	GOT			Cl	※	
	GPT			PT-INR	※ [ワーファリン 服用の方]	
	尿	蛋白()	/糖()	/潜血()	検査日:平成	年 月 日
感染症	HBs抗原	※ [- ・ +] ・ 未検		疥癬	[- ・ +] ・ 未検	
	HCV抗体	※ [- ・ +] ・ 未検		TPHA (定性)	※ [- ・ +] ・ 未検	
	MRSA	※ [- ・ + /部位()] ・ 未検		検査日:平成	年 月 日	
胃ろう	無 ・ 有	酸素使用	無 ・ _____リットル / 分			
吸引	無 ・ 1日_____回	皮膚疾患	無 ・ 部位()			
ストマ	無 ・ 有	インシュリン注射	無 ・ 単位数_____ / 1日_____回			
尿留置カテーテル	無 ・ 有	褥瘡処置	無 ・ 処置内容()			
リハビリ	現状の課題					
	本人等の希望(目標)					
	禁忌事項					