

診療情報提供書

平成 年 月 日

氏名 殿 男・女 : M・T・S 年 月 日(歳)		
住所	TEL	
診断名		
既往症	(年 月)	(年 月)
	(年 月)	(年 月)
現病歴 * 糖尿病の現病又は既往歴のある場合のみ ヘモグロビンA1C下記の血液データ欄に記入お願いいたします。		
既往薬剤アレルギー (無・有 :)		
処方内容		
胸部X線所見 (正常・異常) ① 心拡大 (有り・無し) ② その他の所見: 年 月 日撮影	心電図所見 (正常・異常) 所見: 年 月 日施行	
食事 → 普通食・経管栄養・治療食 () : カロリー kcal		
食事形状 : 普通・粗刻み・極刻み・ミキサー		
嚥下障害 有り・無し	血液データ	感染症
言語障害 有り・無し	WBC() RBC()	HBs抗原 (-・+)
視力障害 有り・無し	Hgb.() Hct()	HBs抗体(-・+)
聴力障害 有り・無し	PLT() GOT()	HCV抗体 (-・+)
身体麻痺 有り・無し	GPT() γGTP()	ガラス板法 (-・+)
	TP() T-CH()	TPHA (-・+)
認知症 無し・I・II III・IV以上	TG() HDL-C()	MRSA(部位) (-・+)
	Na/CL (/)	褥瘡 (-・+)(部位)
問題行動 有り・無し	BUN() Cr()	皮膚疾患 (-・+)
徘徊・妄想・昼夜逆転 暴言・暴力・異食・奇声 失見当・不潔行為	K() 尿酸()	結核 (陳旧性・活動性)
	BS() CRP()	慢性呼吸疾患 (-・+)
精神疾患 有り・無し	*ヘモグロビンA1C()	浮腫 (-・+) 糖尿 (-・+)
専門治療の必要性 要・否	身長 cm 体重 kg	血圧: / 脈: /分

社会福祉法人 紫水会

医療機関名・住所・TEL・医師

介護老人保健施設青山

デイサービスセンターあおやま

管理者 宛