

診療情報提供書

氏名	(男・女) M・T・S 年 月 日(歳)																							
住所	TEL:		要介護度																					
<一般状態> 身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg 脈拍 拍/分 栄養状態 良・不良 <病名>	<胸部X線所見 令和 年 月 日>  ※異常のある方はフィルムまたはCDでの添付をお願いします。 <心電図所見 令和 年 月 日> ※異常のある方はフィルムまたはCDでの添付をお願いします。																							
<現病歴・経過>	<血液検査 令和 年 月 日> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>TP</td><td>γ-GTP</td><td>WBC</td></tr> <tr> <td>Alb</td><td>CHE</td><td>RBC</td></tr> <tr> <td>T-bil</td><td>BUN</td><td>Hb</td></tr> <tr> <td>LDH</td><td>Cre</td><td>Ht</td></tr> <tr> <td>GOT</td><td>Na</td><td>Plt</td></tr> <tr> <td>GPT</td><td>Cl</td><td>HbA1c</td></tr> <tr> <td>ALP</td><td>K</td><td>CRP</td></tr> </table>			TP	γ-GTP	WBC	Alb	CHE	RBC	T-bil	BUN	Hb	LDH	Cre	Ht	GOT	Na	Plt	GPT	Cl	HbA1c	ALP	K	CRP
	TP	γ-GTP	WBC																					
	Alb	CHE	RBC																					
	T-bil	BUN	Hb																					
LDH	Cre	Ht																						
GOT	Na	Plt																						
GPT	Cl	HbA1c																						
ALP	K	CRP																						
<感染症検査> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>TPHA</td><td>STS</td></tr> <tr> <td>HBsAg</td><td>HCVAb</td></tr> </table>			TPHA	STS	HBsAg	HCVAb																		
TPHA	STS																							
HBsAg	HCVAb																							
<尿検査 令和 年 月 日> 糖 () 蛋白 () 潜血 ()																								
<既往歴> 結核の既往 有・無																								
<現在服用中の薬剤名>																								
<心理状態> 不安定・安定 <視覚障害> 有・無 <聴覚障害> 有・無 <見当識障害> 有・無 <言語障害> 有・無 <記憶障害> 有・無 <意識障害> 有・無 <昼夜逆転> 有・無 <失禁> 有・無 <排泄> 介助・自立 <徘徊> 有・無 <入浴> 特浴・介助浴・自立 <歩行障害> 有・無 (有の場合→ 使用)																								
<機能障害部位> *部位を図示してください 麻痺 有・無 褥瘡・皮膚疾患 有・無 関節拘縮 有・無 四肢欠損 有・無 筋力低下 有・無 その他の異常 有・無																								
後発薬への変更 可・否																								
<アレルギー> 薬物 有 () ・ 無 食物 有 () ・ 無																								
<食事の種類> 総カロリー kal 常食・特別食 (減塩 g)		その他の場合、情報等																						
<その他特記事項>																								

