

診療情報提供書

介護老人保健施設 保倉の里 担当医 高橋 規一 宛

下記のとおり診断します

氏 名			男・女	M・T・S		年	月	日生		
住 所										
既往及び現病歴	病名 ①									
	②									
	③									
	経過									
治療薬	(処方箋のコピー添付で構いません)									
現在の状態	寝たきり度	正常	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知度	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
一般状態	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mm Hg	脈拍	/min	整・不整
	麻痺	有・無	(部 位)							
	褥瘡	有・無	(部 位)							
	疥癬等皮膚疾患	有・無	(部 位)							
	その他の留意すべき感染症の有無 (B 型肝炎を含む) 有 (具体的に) ・ 無									
検査所見	貧血	有・無	(有の時) RBC				Hb	その他		
	ワーファリン使用	有・無	投与量				mg			
	糖尿病の有・無	DM	あれば血糖 (随時/空腹)				mg/dl	Hb A1c		
	その他の検査値:									
	胸部 X 線	異常	有 (具体的に)	・ 無	ECG 異常	有 (具体的に)	・ 無			
ケア上の留意点/要望事項 (リハビリ目標など)										

上記のとおり診断します

令和 年 月 日

病院名

科 医師氏名

印