

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	血压	/	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 _____)								
	<p>○以下の検査を実施していれば、該当する箇所に丸印をつけてください。</p> <p>B型肝炎の有・無 C型肝炎の有・無 梅毒の有・無</p> <p>※手術歴又は輸血歴が有、または不明の場合 → HIVの有・無</p> <p>その他の留意すべき感染症 有(具体的に _____) ・ 無</p>										
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