

診療情報提供書

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	M・T・S	年	月 日生
住所					
傷病名		治療期間			
		年 月 日～ 年 月 日			
		年 月 日～ 年 月 日			
		年 月 日～ 年 月 日			
現病歴と経過					
障害高齢者の日常生活自立度	1. 正常 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	1. 正常 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M				
皮膚疾患		食物アレルギーの有無		排便コントロール(○で囲って下さい)	
				下剤 座薬 摘便 浣腸 自立	
聴力	聴こえる・難聴・まったく聴こえない	移動	自立・一部介助・全介助 杖・歩行器・車椅子	食事	自立・一部介助・全介助
視力	見える・見えない・不明	褥瘡	無・有	排泄	自立・一部介助・全介助 リハビリパンツ・パット・巻きオムツ・カテーテル
尿	蛋白	- ・ 土 ・ + ・ ++		胸部X線所見(間・直) 年 月 日撮影 	
	糖	- ・ 土 ・ + ・ ++			
	潜血	- ・ 土 ・ + ・ ++			
※ HBS抗原		- ・ +			
※ HCV抗体		- ・ +			
※ MRSA(喀痰)		- ・ +			
現在の処方					
その他所見					

※MRSA検査について、喀痰が困難な場合は鼻孔でお願いします。

※陽性の場合、定量及び治療効果等の所見検査結果表の添付をお願いします。

※在宅の寝たきり等のため、胸部X線撮影が出来ない場合は、喀痰中の結核菌の塗抹培養の検査結果の添付をお願いします。また、胸部X線撮影は3ヶ月以内のものでお願いします。

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医療機関名

担当医師名

印