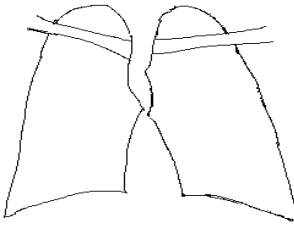


診療情報提供書

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	右	正常	・	やや難聴	・	難聴	視力	右	正常	・	弱視	・	全盲
	左	正常	・	やや難聴	・	難聴		左	正常	・	弱視	・	全盲
尿	蛋白	-	・	±	・	+	・	++	胸部X線所見(間・直) 年 月 日撮影				
	糖	-	・	±	・	+	・	++					
	潜血	-	・	±	・	+	・	++					
※ HBS抗原	-	・	+										
※ HCV抗体	-	・	+										
※ MRSA(喀痰)	-	・	+										
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沫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