

※裏面あり

# 診療情報提供書

年 月 日

医療法人 啓生会

住宅型有料老人ホームすずらん春日井

担当医 宛て

医療機関名

所在地

電話番号


担当医師名

印

フリガナ 氏名	男 ・ 女	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
現住所	〒 ー	
既往歴		
主病名		
現病歴		
処方内容		
療養上のご意見等		

身長	cm	血圧（平穩時）	/	mmHg
体重	kg	脈拍（平穩時）		回/min
熱（平穩時）	°C	最近1ヶ月の発熱状況： 無 ・ 有（ °C / ）		
アレルギー	無 ・ 有（ ）			
禁忌薬剤	無 ・ 有（ ）			
皮膚疾患	無 ・ 有	・ 湿疹	部位（ ）	
		・ 褥瘡	部位（ ）	
		・ 疥癬	部位（ ）	
四肢及び 運動機能の障害				
精神状況	認知症	無 ・ 有（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ）	HDS-R	点
	問題行動	無 ・ 有（ ）		
	その他	（ ）		

血液検査・尿検査・感染症（直近3ヶ月以内）、X線・心電図（3ヶ月超可）の最新のデータをお願いします。※検査不可の場合は、ご相談ください。

血液検査	白血球	（ ）	Na	（ ）
	赤血球	（ ）	K	（ ）
	ヘモグロビン	（ ）	Cl	（ ）
	血小板	（ ）	CRP	（ ）
	GOT	（ ）	血糖値	（ ）
	GPT	（ ）	※糖尿病の方のみ	
	BUN	（ ）	HbA1c	（ ）
	Cre	（ ）		
実施日 年 月 日	所見			
尿検査 実施日 年 月 日	尿蛋白（ ） 尿糖（ ） 尿潜血（ ） 尿ウロビリノーゲン（ ）			
	所見			
感染症 実施日 年 月 日	HBs抗原（ ）、HBs抗体（ ）、HCV抗体（ ）			
	梅毒（ ）、MRSA（ ） 血液型 型 Rh（ ）			
	所見			
胸部X線 実施日 年 月 日	異常なし	所見		
	異常あり			
心電図 実施日 年 月 日	異常なし	所見		
	異常あり			