

【診療情報提供書】

ふりがな	男・女	大正昭和	年	月	日生 (満歳)
氏名					
住所					
病名	①	年	月	日	頃
	②	年	月	日	頃
	③	年	月	日	頃
	④	年	月	日	頃
	⑤	年	月	日	頃
・病歴					
・処方内容 (別紙添付でも結構です)					
認知症	有・無	□脳血管性 □アルツハイマー型 □レビー小体 □前頭側頭葉型 □詳細不明			
行動・心理症状	有・無	症状:			
精神・神経症状	有・無	症状:			
麻痺	有・無	〈部位〉 (上肢 右・左 / 下肢 右・左)			
筋力低下	有・無	〈部位〉 (上肢 右・左 / 下肢 右・左)			
関節拘縮	有・無	〈部位〉 ()			
失調・不随運動	有・無	〈部位〉 ()			
皮膚疾患	有・無	□疥癬 □皮膚掻痒症 □褥瘡 □その他 ()			

診察・臨床検査所見	身長	cm	体重	kg	胸部X線検査			
	血圧	/	脈拍	/分	不整脈: 有・無			
	浮腫	有・無 (顔・手・下腿・足・その他)			異常 有・無			
	心電図所見: 異常 有・無 (コピーでも可) □不整脈 □心房細動 □上室性頻脈 □房室ブロック □虚血性心疾患 □陳旧性心筋梗塞 □その他 ()				結核の既往 有・無			
	感	HBsAg		HCVAb				
	染	TPHA		その他				
	症	MRSA		感染症は検査のできる範囲内での記入をお願いします				
	血液型:	型	Rh	(+ -)	撮影	年 月 日		
	血液検査 [実施日:	年	月	日]	(3か月以内の写真)			
	尿検査 [実施日:	年	月	日]	*検査データのコピーでも結構です (3か月以内のデータ)			
血液検査		TP		Na	FBS			
Hb		ALB		CL	HbA1c			
RBC		BUN		K	*PTINR			
Ht		Cre		Ca	*抗血栓剤服用中の方			
PLT		UA		γ-GTP	尿検査			
WBC		T-cho		AST	尿蛋白			
		TG		ALT	尿糖			
		T-Bil		CRP	尿潜血			
栄養	食事療法: 有・無 カロリー: 1日 kcal 塩分: 1日 g 経管栄養: 1日 kcal (使用栄養剤:) 嚥下: □できる □むせやすい □できない・留意事項 ()							
医療器具	医学的な管理を要する器具 (有・無) □経鼻栄養 □胃瘻 □尿道カテーテル □ストーマ □ペースメーカー □その他:							
他科受診	・病院名・診療科名・病名(わかる範囲での記入をお願いします) ・処方内容							
医療機関名		科			令和	年	月	日
住所		医師署名						