

診療情報提供書

ふりがな		男・女	明・大・昭	年	月	日生	(歳)
氏名							
ふりがな							
住所	〒					Tel	()
傷病名	1.	発症年月日	年	月	日	既往歴	
	2.		年	月	日		
	3.		年	月	日		
	4.		年	月	日		
	5.		年	月	日		
他科受診 無・有 (科) 病名							
傷病及び治療の経過							
現在の処方内容				胸部X-P所見及び心電図所見			
(以前特別な処方がある場合お書きください。)							
身 体 の 状 況	身長	cm	体重	kg	血圧	尿蛋白()・糖()・潜血()	
	*視力障害:	無・有()	*アレルギー:	無・有()	白血球		
	*聴力障害:	無・有()	薬物()		赤血球		
	*言語障害:	無・有()	食物()		血色素		
	*麻痺:	無・有	その他()		G O T		
	左片麻痺・右片麻痺		*褥瘡:	無・有	G P T		
	四肢麻痺・下半身麻痺		部位()		T c h o		
	*浮腫:	無・有	程度(軽・中・重)		総蛋白		
	*認知症:	無・有	*管の留置:	無・有	アルブミン		
	(HDS-R:)		種類()		B U N		
*精神症状:	無・有	*人工肛門:	無・有	血糖			
()		種類()		その他			
検査日: 令和 年 月 日							
感 染 症	肝炎	HBs抗原(- ・ +) : HCV抗体(- ・ +) : コメント()					
	皮膚	白癬(- ・ +) 疥癬(- ・ +) その他()					
	梅毒	陰性・陽性 : コメント()					
	MRSA	陰性・陽性 : 検査日 年 月 日 : 採取部位 : 咽頭・喀痰 (必要時)					
主治医からのコメント							
令和 年 月 日							
医療機関名	所在地						
	名称			Tel ()			
	医師名			印			

※ 検査データは、最新(できれば3ヶ月以内)のものをお願いいたします。

※ 血液検査データ・心電図のコピーをこの提供書に添えてください。

※ 審査にあたり胸部X-Pが必要と判断した場合、提出をお願いする場合があります。

25-12-2020

主治医先生御机下

平素よりお世話になりありがとうございます。

先生が日常より治療されています患者様が当施設の利用を希望されております。

つきましては、施設利用の際、手続きに主治医の情報提供をお願いしておりますので、お手数ですが別紙、診療情報提供書にご記入をお願いいたします。

- ① 現在の身体状況及び経過
- ② 現在の処方内容
- ③ 最近検査されたデータ（感染症等も行ってあればご記入ください）
- ④ 緊急時の対応・その他コメント

当施設は、介護老人保健施設であり症状の安定した利用者の利用が原則ですが、病状の悪化等があった場合、主治医の先生にご連絡又は対応していただく場合もあります。お手数ですがその際には、ご協力お願いいたします。

注意点等につきましては、ご指導いただけますと幸いです。

当施設専用の診療情報提供書を添付いたしますが、内容等が同じであれば形式は問いません。

※ 施設入所中は集団生活の関係で感染症検査も願っておりますが、負担等のこともありますので主治医の先生のご判断で結構です。

（感染症等の検査が必要無いと判断した場合、主治医のコメントを必ずご記入ください。）

医療法人社団 慈泉会
介護老人保健施設
うなね杏霞苑