

診療情報提供書

ふりがな 氏名		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	歳	性別	男・女
住所						
既往歴						
現病歴	主病:		合併症:			

現症

麻痺	あり	なし	上肢(右・左)	下肢(右・左)	
関節硬直	あり	なし	部位( )		
疼痛	あり	なし	部位( )		
足変形	あり	なし			
褥瘡	あり(大きさ: )		数: ( )	なし	
精神状態	正常	やや弛緩	かなり弛緩	異常(疑いを含む)	
行動障害	有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他( )			・無
現在の処方(コピーでも可)					

検査日	平成 年 月 日	胸部X線撮影
尿検査	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )	撮影日:平成 年 月 日 (3ヶ月以内の写真) 異常所見:有・無 結核の既往:有・無
感染症	HBs抗原( ) HCV( ) TPHA( ) MRSA感染( ) その他( )	
血液学的検査	RBC	Plat
	Hb	WBC
	Hct	
生化学検査	TP	BUN
	AST	Cr
	ALT	Na
	γGTP	K
	T・Cho	FBS
	TG	CRP
	UA	
(HBs抗原、HCV検査はできるだけ記入。各データ、心電図、胸部X線はコピーでも可)		
身長	c m	体重
kg		
所見及び今後の診療に関する情報		
※ 他科受診 有・無 (○で囲んでください) 内・整・皮・泌・婦・眼・菌・その他( )		

令和 年 月 日

住所 〒

医療機関名

医師

印