

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	令和 年 月 日	胸部X線撮影	
尿検査	蛋白() 糖() 潜血()	撮影日: 令和 年 月 日 (6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 TG	心電図検査 検査日: 令和 年 月 日 異常所見: 有・無	
	ALB UA		
	γ-GTP BUN		
	AST Cr		
	ALT Na		
	ALP K		
	LDL-C HDL-C		
FBS HbA1c			
CRP			
(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	cm	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・歯・その他()			

令和 年 月 日

住所 〒

医療機関名

医師

印