

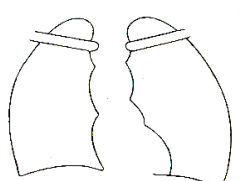
# 診療情報提供書

令和 年 月 日

介護老人保健施設ライプリーライフ「那珂」  
施設医 小豆畑 節夫

医療機関名  
住所  
電話  
FAX  
医師氏名

印

患者	フリガナ			性別	生年月日		
	氏名			男・女	明大昭	年	月 日 ( 歳)
	住所			TEL ( ) -			
疾病名							
既往歴							
症状経過							
現在の処方	【点眼薬等も含む】						
生化学検査	WBC× ( ) <sup>10<sup>3</sup>/μℓ</sup>	Ht ( )%	ALB ( )g/dl	γ-GTP ( )U/l	UA ( )mg/dl	Cl ( )mEq/l	HbA1c ( )mg/dl
	RBC× ( ) <sup>10<sup>4</sup>/μℓ</sup>	Plt ( ) <sup>10<sup>4</sup>/μℓ</sup>	AST ( )U/l	BUN ( )mg/dl	Na ( )mEq/l	FBS ( )mg/dl	CRP定量 ( )mg/dl
	Hb ( )g/dl	TP ( )g/dl	ALT ( )U/l	Cr ( )mg/dl	K ( )mEq/l	(検査日令和 年 月 日)	
認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 周辺症状		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBS抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> TP抗体		胸部X線(撮影日 年 月 所見 				
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 他の皮膚疾患 ( )						
尿検査	蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) 血液型 型 RH ( )						
身長・体重	cm	kg	血圧	mmHg			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物 ( ) <input type="checkbox"/> 薬物 ( )		異常あり・異常なし 結核の既往 無・有 ( 歳)				
食事	( 食 kcal ) 主食: 副食:	摂取量	主食 副食	割 割	〈備考〉		

※ 処方薬、生化学検査等の内容は、カルテ、データのコピーでも結構です。

