

診療情報提供書（紹介状）

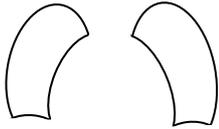
介護老人保健施設ひばり苑

令和 年 月 日

担当医師 宛

医療機関名

下記の患者の診療情報を提供しますので宜しくお願いいたします

氏名 様（男・女）	住 所
生年月日 M・T・S 年 月 日（才）	電話番号
病名 ① ② ③ ④	内服薬
既往症	要介護度 (要支援 I・II) (I・II・III・IV・V) 長谷川式スケール(/ 30点) 認知症状(有・無) (具体的に)
検査所見(※3か月以内のデータをお願いします)	
左・右利き 身長 cm 体重 kg 血圧 / 尿・蛋白質() 糖() 潜血()	
胸部X・P所見 年 月 日 	心電図所見 年 月 日
血液検査 白血球: _____ ×10 ³ 赤血球: _____ ×10 ⁶ 血色素: _____ g/dl 血小板: _____ ×10 ³ T P: _____ Alb: _____ AST: _____ ALT: _____ γ-GTP: _____ BUN: _____ Cr: _____ Na: _____ K: _____ Cl: _____ CRP: _____ Fe: _____ 血糖値: _____ mg/dl (食前・食後 時間) HbA1c: _____ %	
感染症状 梅毒反応 (陰性・陽性) HCV (陰性・陽性) HBs抗原 (陰性・陽性) HBs抗体 (陰性・陽性) MRSA (陰性・陽性) (摂取部位) 鼻腔・咽頭・他	皮膚病(有・無) (病名) (部位)
リハビリテーションに関する中止基準・留意事項等(※有りの場合、下記の記載にご協力ください)	
リハビリ中止基準	血圧 / mmHg 脈拍 回/分 SpO ₂ % 体温 °C
留意事項	無・有(
制限・負荷・禁忌	無・有(