

診療情報提供書（紹介状）

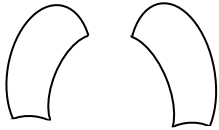
介護老人保健施設ひばり苑

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）	皮膚病（有・無）
HBs抗原（陰性・陽性）	HBs抗体（陰性・陽性）	（病名）
MRSA（陰性・陽性）	（摂取部位）鼻腔・咽頭・他	（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
留意事項	無・有（	SpO ₂ %
制限・負荷・禁忌	無・有（	体温 °C