**診療情報提供書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名：　 | 生年月日：　　　年　　月　　日 | 年齢：　　　歳 | 性別：☐男　☐女　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 | 発病年月日 | 診断名 | 発病年月日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |
| 利用に至る経過 |
| 利用目的（複数回答可）□リハビリ（　○ADL up　○現状維持　○関節拘縮予防程度　）　　□終身施設までの待機　　□季節限定（シーズンケア）　　□介護負担軽減　　□介護者不在　　□看取り（ターミナルケア）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体所見□身長　　　cm　　　□体重　　　kg　　　□血圧　　　/　　　mmHg　　□脈拍　　　回/min　　□SpO2　　　%□麻痺（　○右上肢　○右下肢　○左上肢　○左下肢　○その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□褥瘡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□誤嚥既往（　○あり　○なし　）　　　　　□転倒既往（　○あり　○なし　） |
| 特記事項□血圧測定・採血禁止（　○右上肢　○右下肢　○左上肢　○左下肢　○その他　　　　　　　　　　　　　　　）□癌告知（　○済み　○未　）□薬剤アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□食物アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 療養上の注意、要望など |
| 使用中の薬剤（処方箋コピー添付でも可、規格・点眼・外用についても記載をお願いします） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 検査所見（胸部レ線・心電図については1年以内、血液検査については3ヶ月以内のもの）□胸部レ線（撮影日　　　年　　月　　日）　○CTR %　　 ○異常なし　○異常あり□心電図（検査日　　　年　　月　　日）＊コピーを添付してください□血液検査（検査日　　　年　　月　　日）＊PT、TSH、FT4、HbA1cについては必要な方のみで結構です

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WBC /μl | TP g/dl | T-Cho mg/dl | Cl mEq/l | HBsAg ( ) |
| RBC 万/μl | alb g/dl | TG mg/dl | UA mg/dl | HCVAb ( ) |
| Hb g/dl | T-bil mg/dl | HDL-Cho mg/dl | Glu mg/dl | RPR ( ) |
| Ht. % | AlP IU/L | LDL-Cho mg/dl | HbA1c % |  |
| Plt. 万/μl | γ-GTP IU/L | BUN mg/dl | TSH μU/ml |  |
| PT % | AST IU/L | Cre mg/dl | FT4 ng/dl |  |
| PT-INR | ALT IU/L | Na mEq/l |  |  |
| CRP mg/dl | ChE IU/L | K mEq/l |  |  |

 |

以上の通り報告いたします　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

宮崎江南病院附属介護老人保健施設　　　　　　　　　　　　　　医療機関（施設）名

　　　施設長　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印