

診療情報提供書

氏名：	生年月日： 年 月 日	年齢： 歳	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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

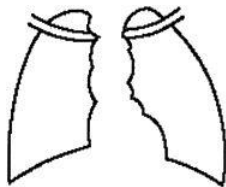
- 血圧測定・採血禁止（ 右上肢 右下肢 左上肢 左下肢 その他 ）
癌告知（ 済み 未 ）
薬剤アレルギー（ ）
食物アレルギー（ ）

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

宮崎江南病院附属介護老人保健施設

施設長 宛

令和 年 月 日

医療機関（施設）名

担当医師名 印