

診療情報提供書(入所・短期入所・通所診断書)

紹介先医療機関等名

医療法人 玄竜会

介護老人保健施設 田辺駅前ケアセンター

担当医 西本潤史 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関及び名称

所在地

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

性別

男・女

患者住所

電話番号

生年月日 明・大・昭・平

年

月

日 () 歳

職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

介護事業者への紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過(入院歴がある場合は、入退院日の記入もお願い致します)

現在の処方

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

<身長>

cm

<体重>

kg

※<血圧>

mmHg

<特記事項>

入浴の可否 (可・否)

入浴中止時

血圧

mmHg以上

mmHg以下

体温

℃以上

脈拍・呼吸についての中止事項 ()

運動の可否 (可・否)

運動中止時

血圧

mmHg以上

mmHg以下

体温

℃以上

脈拍・呼吸についての中止事項 ()

※は必須

検査日: 令和 年 月 日

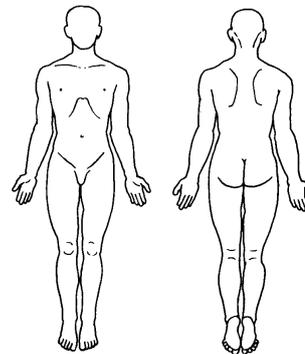
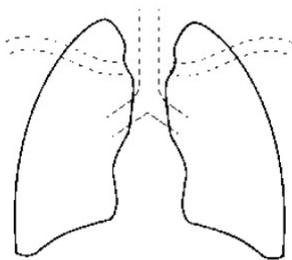
※ 血液検査	赤血球	万/mm ³	※アレルギー	薬剤	無・有()	
	白血球	/mm ³		食物	無・有()	
	血小板	万/mm ³		※皮膚疾患	じょく瘡	無・有(部位)
	Hb	g/dl			疥癬	無・有(部位)
	Ht	%			湿疹	無・有(部位)
※ 血液生化学検査	GOT		心電図所見	注意 ※心疾患がある場合は必須		
	GPT					
	総蛋白					
	アルブミン					
	FBS					
	HbA1c					
	総コレステロール					
	BUN					
	Cr					
	尿酸					尿検査
Na		糖	(- ± +)			
K		潜血	(- ± +)			
※ 感染症	結核	胸部X-P	異常所見 有・無・撮影不可 (撮影不可の場合 → 別紙3項目にて判断)	感染の可能性 : 有・無		
	肝炎	HBs抗原	+	-	未施行	感染の可能性 : 有・無
		HCV抗体	+	-	未施行	感染の可能性 : 有・無
	梅毒	梅毒抗原	+	-	未施行	感染の可能性 : 有・無
	疥癬	視診・顕微鏡	+	-	未施行	感染の可能性 : 有・無
	慢性感染症	MRSA	+	-	未施行	感染の可能性 : 有・無
その他、感染の危険性が高い疾患 (無) (有):					感染の可能性 : 有・無	
その他						

胸部X線写真 令和 年 月 日撮影

※ 四肢運動障害

正常範囲

異常



所見: