

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

介護療養型老人保健施設 サナティオ湯里

担当医 殿

平成 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

患者住所

性別 男・女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 E()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)

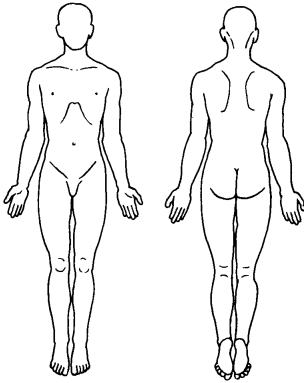
現在の処方

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

備考

検査日:平成 年 月 日

※血液検査	赤血球	万/mm ³	身長	cm
	白血球	/mm ³	体重	kg
	血小板	/mm ³	血圧	mmHg
	Hb	g/dl	※感染症 感染症(有・無) 有りの場合 ()	
	Ht	%		
※血液生化学検査	GOT		※ギア ール	薬剤 無・有()
	GPT			食物 無・有()
	総蛋白		※皮膚 疾患	じよく瘡 無・有(部位)
	アルブミン			疥癬 無・有(部位)
	FBS			湿疹 無・有(部位)
	HbA1c		心電 図所 見	
	総コレステロール			
	BUN			
	Cr			
	尿酸			
Na				
K				
尿検査	蛋白	(- ± +)	注意 ※心疾患がある場合は必須	
	糖	(- ± +)		
	潜血	(- ± +)		
胸部X線写真		※四肢運動障害		
所見:				
平成 年 月 日撮影				

※は必須