

診療情報提供書（通所申込用）

記入日： 20 年 月 日

医療法人社団松和会
介護老人保健施設 ききょう苑 宛

住所
電話番号

医療施設名

診療科

科

医師氏名

(印)

ふりがな 患者氏名	男 女	生年 月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
傷病名 (発病年月日)							
傷病経過							
尿カテーテル 有 無 ・ 吸引処置 有 無							
既往歴 (発病年月日)							
アレルギー (薬・食物など) 有 無							
現在の処方 (詳細をお願いします) 内服、注射							
リハビリ施行の可否 (可 ・ 否)							
リハビリ施行にあたっての注意事項があればご記入下さい。							
入浴の可否 (可 ・ 否 、 数値もご記入下さい)							
収縮期圧 () mmHg、または、拡張期圧 () mmHg以上の時は シャワー浴を含めた入浴は不可。							
平成 年 月 日 検査実施				CRP		血糖	
血液	白血球数		血小板数		総蛋白質		総コレステロール
	赤血球数		GOT		中性脂肪		HBs抗原
	血色素数		GPT		クレアチニン		Hc v抗体
	ハマトクリット		γGTP		BUN		HbA1C
尿	蛋白:		糖:		潜血:		
血圧:		脈拍:		/分 ・ 不整 有 無			
心電図 所見:				精神疾患・認知症 有 無			
				HDS-R: /30			
胸部X線-P所見:				徘徊 有 無 暴言、大声 有 無			
				皮膚疾患			
				疥癬 有 無			