

診療情報提供書

(長期入所, 通所リハビリ, ショートステイ用)

年 月 日

介護老人保健施設 麓華苑 担当医 宛

紹介元医療機関の所在地:

ふりがな
患者氏名: 男・女
生年月日: M・T・S 年 月 日 歳

医療機関名:
電話番号: () -
医師氏名: 印

◇紹介目的: 1) 長期入所 2) 通所リハビリ 3) ショートステイ

◇診断名:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

◇既往歴:

◇症状経過: 特に現在の状況と問題点をご明記下さい

◇HDS-R (長谷川式)

(年 月 日) 点・不明

◇アレルギー: 無・有

◇身長: 体重:

◇検査

検尿 (年 月 日)	
蛋白:	潜血:
糖:	ウロビリ:

検血 (年 月 日)	
赤血球:	GOT:
白血球:	GPT:
血色素:	BUN:
ヘマト:	CRE:
血小板:	Na:
総蛋白:	K:
Alb:	Cl:

*他に特に問題となる検査結果がありましたらお教え下さい。

*以下のものについては検査済みでしたらお教え下さい。

MRSA () HCV抗体 ()
HBs抗原 () TPHA定性 ()

◇処方及び処置

心電図 (年 月 日)	胸部レントゲン (年 月 日)
異常所見 (有・無)	