

< 診療情報提供書 >

介護老人保健施設ハウスグリーンパーク
担当医 宛

住 所

医療機関

医 師

(担当科

印

科)

TEL : 0422-37-1122

FAX : 0422-50-0677

TEL

氏 名	フリガナ	生 年 月 日	明・大・昭
	様 (男・女)		年 月 日(歳)
診 断 (疾 病 ・ 傷 病 名)			
既 往 症			
状 況 と 経 過			
処 方			

< 診療情報提供書 >

(2枚目)

※印は、ショートステイ(短期入所)とデイケア(通所リハ)の利用申込みでは記入不要

身長	cm	体重	kg	平均血圧	/				
心電図検査	検査日:	年	月	日	胸部X-P検査	検査日:	年	月	日
血液 ・ 生化学 ・ 一般 ・ 尿	WBC		CRP						
	RBC		BS						[空腹時 or 食後 時間]
	Hb		HbA1C						[糖尿病の方 3ヶ月以内]
	Ht		総コレステロール						
	血小板		TG						
	TP		BUN						
	Alb		Cr						
	LDH		Na	※					
	T-Bil	※	K	※					
	GOT		Cl	※					
	GPT		PT-INR	※					[ワーファリン 服用の方]
	尿	蛋白()/糖()/潜血()	検査日:	年	月	日			
感染症	HBs抗原	※ [- ・ +] ・ 未検	疥癬	[- ・ +] ・ 未検					
	HCV抗体	※ [- ・ +] ・ 未検	TPHA (定性)	※ [- ・ +] ・ 未検					
	MRSA	※ [- ・ + /部位()] ・ 未検	検査日:	年	月	日			
胃ろう	無 ・ 有	酸素使用	無 ・ _____リットル / 分						
吸引	無 ・ 1日 _____回	皮膚疾患	無 ・ 部位()						
ストマ	無 ・ 有	インシュリン注射	無 ・ 単位数 _____ / 1日 _____回						
尿留置カテーテル	無 ・ 有	褥瘡処置	無 ・ 処置内容()						
リハビリ	現状の課題								
	本人等の希望(目標)								
	禁忌事項								