

診療情報提供書

医療法人 瑞穂会 みさと診療所

介護療養型老人保健施設みさと

介護老人保健施設みさと

主治医 殿

平成

年

月

日

医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

患者	氏名		男・女	明・大・昭・平	年	月	日	(満 歳)
	住所				電話	:	-	-

紹介目的								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

傷病名	(1)	(5)	禁忌・制限	薬物アレルギー : 無・有
	(2)	(6)		()
	(3)	(7)		食事制限 : 無・有
	(4)	(8)		()

治療経過				既往歴			
------	--	--	--	-----	--	--	--

現状	神経所見	麻痺・知覚障害 : 無・有 () 嚥下障害 : 無・有 () その他 : ()	褥瘡 : 無・有 (部位 程度) IVH : 無・有 喀痰吸引 : 無・有 (頻度)
	移動	移動 : 独歩・杖・車椅子・ストレッチャー 食事 : 自立・半介助・全介助・経管栄養 排泄 : 自立・介助・おむつ(全・夜)・尿カテ 認知症 : 無・有 (程度) 徘徊 : 無・有 問題行動 : 無・有 ()	気管切開 : 無・有 酸素療法 : 無・有 インシュリン療法 : 無・有 ()

検査結果	感染症	年 月 日実施				胸部 X 線	年 月 日実施				
		HBs抗原 (+・-)	HCV (+・-)	皮膚感染性疾患 (+・-)							
		MRSA (+・-)	疥癬 (+・-)	(痰・尿・便・膿) その他 ()							
	血液	年 月 日実施					心電図	年 月 日実施			
		赤血球数	白血球数	Hb	Ht			血小板数			
		総蛋白	アルブミン	GOT	GPT			γ-GT			
		LDL-C	HDL-C	TG	BUN			Cr			
		Na	Cl	K	血糖			HbA1c			
	尿	年 月 日	蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()		他	年 月 日			

処方薬				要介護度 : 要支援 1・2 要介護度 1・2・3・4・5 福祉医療 : 無・有 () ※ 看護・介護サマリー、ADL票を提供ください
-----	--	--	--	---