

# 診療情報提供書

フローレンスケア 工藤建設株式会社

※項目が満たされていれば他様式でも差支えございません。

フリガナ						
氏名:			性別		男・女	
生年月日:		明治・大正・昭和		年	月	日
		年齢:		歳		
身長		cm	体重		kg	血圧 / mmHg
現在の病名 ※入居施設での介護サービス提供上重要なものから記入してください。	1		発症日:		年	月 日
	2		発症日:		年	月 日
	3		発症日:		年	月 日
	その他:					
既往歴及び現在の治療状況						
胸部レントゲン所見		1.異常なし・2.その他所見 結核の有無: 有・無 (有)の場合:喀痰検査 ( + ・ - )				
心電図 所見		1.異常なし・2.その他所見				
血液	白血球数	血液生化学	総蛋白質	Na		
	赤血球数		TTT	K		
	血色素量		GOT	Cl		
	ヘマクリット		GPT	Ca		
	血小板		ALP	CRP		
尿	糖	r-GTP	血糖	食前・食後		
	蛋白	T-CH	HbA1c			
	潜血	TG	※印の項目は6ヶ月以内の検査値、 その他は、直近の検査値を記入してください。			
※ 梅毒反応 (+・-)	LDH					
※ HBs抗原 (+・-)	BUN					
※ HCV抗体 (+・-)	Cr					
その他の感染症の有無 ( + ・ - ) (+)の場合の疾患名:			検査実施日 平成 年 月 日			

# 診療情報提供書

フローレンスケア 工藤建設株式会社

※項目が満たされていれば他様式でも差支えございません。

現在の処方 (内服・外用) ※用法・用量を記載			
アレルギーの有無	薬	有 ( )	・ 無
	食品	有 ( )	・ 無
	胃瘻		人工透析
	腸瘻		インスリン
	経鼻経管栄養		血糖測定
	中心静脈栄養(IVH) / 埋込型ポート有り		膀胱留置カテーテル
	吸引		導尿
	在宅酸素療法		褥瘡処置
	人工肛門(ストーマ)		身体拘束
	膀胱瘻		麻薬による疼痛管理
<p>※上記該当項目に○印</p> <p>【備考】※その他特記事項があればご記入ください。 抹消</p>			
<p>【医療機関】</p> <p>所在地:</p> <p>名称:</p> <p>電話:</p> <p>医師名: 印</p>		<p>平成 年 月 日</p>	