

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		ALB	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
※上記該当項目に○印 【備考】※その他特記事項があればご記入ください。			
【医療機関】		平成 年 月 日	
所在地:			
名称:			
電話:			
医師名:		印	