

診療情報提供書

H30.4版

利用者名 様	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢 歳
傷病名（発症時期）			
既往歴（発症時期及病状・病状経過）			
処方薬（あれば目薬等も）			
要介護度	申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5		
日常生活自立度	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症	自立・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV	

検査所見

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡（部位）	その他（）	
採血／検尿日	平成 年 月 日			心電図	平成 年 月 日		
尿検査（蛋白：）	（糖：）	（潜血：）	所見				
血算	WBC		CRP		X線撮影	平成 年 月 日	
	RBC		BS			所見	
	Hb		Hb(A1c)				
	PLT		尿酸				
生化学	TP		TG		※ X線検査は3ヵ月以内のものをお願いします。 処置 膀胱留置カテーテル・経管栄養（経鼻・胃瘻）・ 人口肛門・その他（）		
	A1b		LDL				
	GOT		HDL				
	GPT		PT-INR(注1)				
	BUN		感染症	HBs		(+・-)	
	Cr			HCV		(+・-)	
	Na		梅毒	MRSA		(+・++・-)	
	K			部位()			
Cl			梅毒	(+・-)			

(注1) ワーファリン内服中の方のみ検査して下さい。

※ 上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付いただければ幸いです。

介護老人保健施設 三鷹中央リハケアセンター宛

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
TEL
医師名

科

(印)