

介護老人保健施設 エスポワール船橋 診療情報提供書

ふりがな		性別		明治・大正・昭和		感染性疾患		結核 検査日 . . . (-・+)		HCV抗体 検査日 . . . (-・+)			
氏名		男 女		年 月 日生(歳)				梅毒 検査日 . . . (-・+)		MRSA 検査日 . . . (-・+)			
住所		電話 ()						HBs抗原 検査日 . . . (-・+)		疥癬 検査日 . . . (-・+)			
全身状態		身長	cm	体重	kg	BMI							
主病名				発症日		高次脳機能障害 (失語症含む) 所見		(有・無)		皮膚所見 (褥瘡・湿疹等)			
既往歴						言語障害所見				聴力障害所見			
脈拍		回 整・不整		血圧				視力障害所見					
胸部レントゲン所見 (検査施行日R . . .)		異常あり・異常なし []		特記事項		精神状態所見 (慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等ありましたらご記入ください。)		認知症の有無 (無・有) 有の場合の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		現在の投薬状況			
心電図所見 (検査施行日R . . .)		異常あり・異常なし ※異常のある場合はコピーの添付をお願いします。 []		特記事項									
血算 (検査施行日) R . . .	白血球		生化学	肝機能	GOT		腎機能		BUN		クレアチニン		
	赤血球				GPT								
	ヘモグロビン				総コレステロール								
	ヘマトクリット				中性脂肪								
尿検査 (検査施行日) R . . .	血小板		代謝	アルブミン	Na		□ 退院後・入所後の再診の必要なし □ 退院後・入所後の再診の必要あり 診療科目		上記のとおり診断いたします。		令和 年 月 日		
	蛋白				Cl								
	糖				K								
	ウロビリノーゲン												
血糖 (随時)	ビリルビン		HbA1c (糖尿病の方のみ)										
	PH												
空腹時又は h後 検査日 . . .												所在地 医療機関名 医師 印	

※検査については全項目記入、3ヶ月以内の検査結果、所見をお願いします。