

診療情報提供書

利用者名 (フリガナ) 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)			
薬物アレルギー (有・無)		食物アレルギー (有・無)	
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ヶ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)・人工肛門・その他()		
	A1b		LDL				
	GOT		HDL				
	GPT		PT-INR(注1)				
	BUN		感染症	HBs		(+・-)	
	Cr			HCV		(+・-)	
	Na			MRSA		(+・++・-)	
	K			部位()			
CI		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。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

TEL

医師名

科



新所沢清和病院

