

# 診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設 しろかね 苑

紹介元医療機関 名称

所在地

電話番号

( )

診療科名

医師名

④

フリガナ		生年月日	明 大 昭	年	月	日
氏 名			( 男 ・ 女 )		( 歳 )	

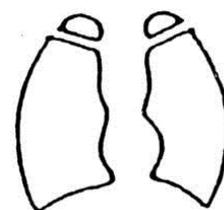
紹介目的

疾病名

既往歴及び経過

症状及び治療経過など

心電図 正常 ・ 異常 ( 所見 ) )  
胸部 X 線 正常 ・ 異常 ( 所見 ) )  
結核 有 ・ 無 ( 所見 ) )  
薬物アレルギー 有 ・ 無 ( 所見 ) )  
感染症等 :  
MRSA ( - ・ + ) 部位 ( ) 梅毒 ( RPR ・ TPHA ) )  
HBs 抗原 ・ 抗体 ( - ・ + ) HCV ( - ・ + ) 皮膚疾患 ( 疥癬 その他 ) )  
検査所見 ・ 処方内容 ※コピー添付して下さい。



撮影日  
( 年 月 日 )

リハビリ実施上の指示 ・ 注意事項

食事制限 無 ・ 有 ( 糖尿病食 ・ 心臓病食 ・ 減塩食 ・ その他 ( ) )  
( ) kcal 塩分 ( ) g  
身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

理解及び記憶

- ・ 短期記憶 問題なし 問題あり
- ・ 認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
- ・ 伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求のみ 伝達不可
- ・ 昼夜逆転 有 無
- ・ 徘徊 有 無