

診療情報提供書

医療機関名

年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

㊞

ふりがな			連絡先 〒	—	
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		TEL.	()	
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
リハビリについて	<input type="checkbox"/> 個別リハビリ	要・不要・可・不可	禁忌		
	<input type="checkbox"/> パワーリハビリ	可・不可			
リハビリについて	<input type="checkbox"/> 集団リハビリ	要・不要・可・不可	運動制限		
	<input type="checkbox"/> メドマー	可・不可			
	<input type="checkbox"/> ホットパック	可・不可			
	<input type="checkbox"/> リハビリ内容についての問い合わせ	可・不可			
投薬内容					
血液検査	実施日	年 月 日	身長	cm	体重 kg
白血球	×10 ³ /μL		総コレステロール	mg/dL	疥癬 + -
赤血球	×10 ⁴ /μL		尿素窒素	mg/dL	HBs抗原 + -
ヘモグロビン	g/dL		クレアチニン	mg/dL	HCV抗体 + -
ヘマトクリット	%		尿酸	mg/dL	Wa氏 + -
血小板	×10 ⁴ /μL		K	mEq/L	血圧 /
血清蛋白	g/dL		Na	mEq/L	検尿 { ・蛋白 ・糖 ・ウロビリノーゲン
アルブミン	g/dL		空腹時血糖	mg/dL	
A S T	U/L		HbA1c	%	
A L T	U/L		C R P	mg/dL	
中性脂肪	mg/dL				
レントゲン結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は写真を添付してください		
心電図結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は心電図を添付してください		
行動障害	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()				
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()				
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
認知症老人自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
要介護度	申請中 ・ 要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日		年 月 日	点	
介護上の注意事項 :					