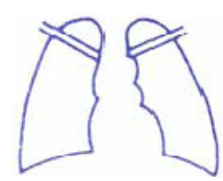


# 診 療 情 報 提 供 書

株式会社いっしん 御担当先生様 御机下

診 断 日	平成	年	月	日
医 療 機 関 名				
医 療 機 関 所 在 地				
TEL	FAX			
医 師 氏 名				印

フリガナ				性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
氏 名							
住 所							
身体状況	(身長:            cm) / (体重:            kg) / (血液型:            【Rh +・-】)						
血圧(平常時)	/                            mmHg    1. 高めの傾向    2. 低めの傾向    3. 変動が大きい    4. 普通						
主傷病名	傷病名	発症年月日	処方内容				
	1)	年 月					
	2)	年 月					
3)	年 月						
既往病歴	1)	年 月					
	2)	年 月					
	3)	年 月					
	4)	年 月					
病状経過 および治療経過							
感染症の有無	・RPR    【 -・+ 】 (検査日            )	レントゲン所見   (撮影日    年 月 日)					
	・HBs    【 -・+ 】 (検査日            )						
	・HCV    【 -・+ 】 (検査日            )						
認知症	【 無・有 】    ・HDS-R            /30点 (症状名:                            )						
薬物アレルギー	【 無・有 】(種類:                            )	※不可の場合喀痰検査の所見					
医療機器等	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他(                            )						
皮膚疾患	褥瘡【有(部位                            )・無】    疥癬【有・無】    その他(                            )						
認知症老人の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
障害老人の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						

〒315-0054  
茨城県かすみがうら市稲吉2丁目18番15号  
株式会社 いっしん  
TEL 029-831-9504    FAX 029-831-9541