

診 療 情 報 提 供 書

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 氏 名		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
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			
4)	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				

※検査結果は3ヶ月以内のものでお願いします。

株式会社 **いっしん**
TEL 029-831-9504
FAX 029-831-9541