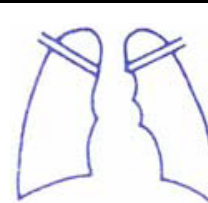


# 診 療 情 報 提 供 書

**株式会社いっしん 御担当先生様 御机下**

診 断 日	令 和	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:                    )				
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