

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生	要介護		
住所				TEL					
【認知症の有無に印を付けて下さい】 有・無 型認知症									
【症病名】									
【既往歴】									
【病状及び治療経過】					【現在の処方、処置等】				
血圧 / mmHG			脈拍 /分		身長 cm		体重 kg		
【胸部X線所見】 年 月 日		WBC		Cr		GOT		【感染症等】	
		RBC		BUN		GPT		HBs-Ag + -	
		Hb		UA		γGTP		HCV + -	
		Ht		Na		LDH		TPHA + -	
		PLT		K		ALP		MRSA + -	
【心電図所見】 年 月 日		TP		Cl		T-Bil		疥癬 + -	
		ALB		GLU		尿蛋白		真菌症 + -	
		T-Cho		HbA1c		尿糖		結核 + -	
		TG		CRP		尿潜血		【アレルギー】	
【日常生活の自立度】 年 月 日		【認知症高齢者の 日常生活自立度】 年 月 日				尿ウロビリ		薬品 + -	
								食品 + -	