

診療情報提供書 (A)

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム

本提供書の有効期限は、上記発行日より12カ月の間とする。

医療機関名 (科名)  
所在地  
名称  
担当医  
電話

様

印

患者氏名	様 (男・女)	明・大・昭	年	月	日生
住所		電話	-	-	

【診断】

【既往症】

【治療経過】

【処方】

【日常生活の自立度】

ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症状 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

下記の情報は、ご利用者の健康管理に必要な情報となります。そのため、できるだけご記入をお願いします。但し、検査未実施の場合、主治医の先生として必要と判断した場合には、検査を実施し結果をご記入下さい。(主治医の先生が不必要と判断し未記入とする部分には「斜線/」もしくは「不要」とご記入下さい。)

【検査所見】 [施行日 平成 年 月 日]

※できるだけ直近の検査値をご記入下さい。但し、12か月以内に検査を実施している場合は、その検査所見でも結構です。

尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血	白血球数	
	赤血球数	
	血色素数	
液	ハマトクリット	
	血小板	

血液生化学	総蛋白質		BUN	
	アルブミン		Cr	
	GOT		UA	
	GPT		Na	
	LDH		K	
	ALP		Cl	
	γ-GTP		Ca	
	LDL-cho		血糖	(食前・食後)
	HDL-cho		▲HbA1c	
	TG		▲糖尿病歴ある方のみ	

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

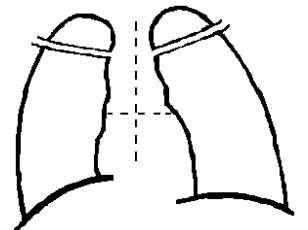
【心電図所見】

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

検査 年 月 日

【特記事項】

【胸部X-P所見】



検査 年 月 日

※過去に検査歴のある方のご記入ください。

TPHA		HBs抗原		HCV抗体	
------	--	-------	--	-------	--

※現状で疑いのある症状がある場合は、必ず検査を実施してください。

MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
------	-----	----	-----	-------	-----

(検出部位

)

(板橋区特別養護老人ホーム共通様式)