

診療情報提供書

介護医療院 えがおと虹の森ふもと 西脇京子 先生 御机下

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生					
住所											
既往及び現病歴	病名 ① _____ (発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) ② _____ (発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) ③ _____ (発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 経過										
治療薬											
現在の状態	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
一般状態	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	脈拍	/min	整・不整	
	麻痺	有・無	(部位 _____)								
	褥瘡	有・無	(部位 _____)								
	疥癬等皮膚疾患	有・無	(部位 _____)								
	その他留意すべき感染症の有無 (有の場合は薬剤感受性検査結果の添付をお願いします) 有 (具体的に _____) ・ 無										
検査所見	RBC	$\times 10^4/\mu 1$	Hb	g/dl		WBC	$\mu 1$				
	GOT	U/1	GPT	U/1		クレアチニン	mg/dl				
	血糖 (随時/空腹)			mg/dl		Alb	g/dl				
	その他の検査値 :										
	胸部 X線 異常有 (具体的に _____) ・ 無					ECG 異常有 (具体的に _____) ・ 無					
ケア上の留意点/要望事項 (リハビリ目標など)											

上記のとおり診断します

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関・施設名

医師氏名

⑩