

# 診療情報提供書

フリガナ				男・女	生年月日	M T S	年	月	日生 ( 歳)
住所	〒								
傷病名	①	発症( 年 月 日)			投薬内容				
	②	発症( 年 月 日)							
	③	発症( 年 月 日)							
	④	発症( 年 月 日)							
経過・現症状及び治療内容									
検査項目 (実施日: 年 月 日)									
血清総蛋白	g/dl	BUN	mg/dl	血小板	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>				
アルブミン	g/dl	クレアチニン	mg/dl	CRP	mg/dl				
GOT	IU/l	Na	mEq/l	HbA1c	%				
GPT	IU/l	K	mEq/l	血糖(空腹)	mg/dl				
γ-GTP	IU/l	Cl	mEq/l	W氏	- +				
T-chol	mg/dl	WBC	/mm <sup>3</sup>	HBs抗原	- +				
HDL-chol	mg/dl	RBC	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	HCV抗体	- +				
LDL-chol	mg/dl	Hb	g/dl	MRSA鼻腔	- +				
中性脂肪	mg/dl	Ht	%	疥癬	- +				
胸部X-P所見	無・有( )			心電図所見	無・有( )				
身長	cm	要介護度	申請中・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
体重	kg	日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
血圧	/	認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
褥瘡	無・有( )	長谷川式簡易知能スケール	点 (実施日: 年 月 日)						
ADL状況	移動	自立・見守り・一部介助・全介助			精神状態	正常・不安・うつ・興奮 幻覚・妄想・睡眠障害 その他( )			
	歩行	独歩・杖・歩行器・車椅子(自走・介助) 不可(寝たきり・要体位変換)							
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助			問題行動	なし・徘徊・不穏・攻撃行動 不潔行為・その他( )			
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 (形態:普通・粥・刻み・みじん・ミキサー)							
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (トイレ・ポータブル・紙パンツ・オムツ)			利用時の留意点				
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (一般浴・機械浴)							
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助							
	意思疎通	完全・ある程度可・ほとんど不可・不可							
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日									
医療機関名									
所在地					医師氏名 印				
電話番号									

## 診療情報提供書記入についてのお願い

主治医先生御侍史

貴院、益々のご清祥のこととお慶び申し上げます。  
当施設ではご利用希望の皆様に、利用判定資料としまして、  
別紙の「診療情報提供書」の提出をお願い致しております。  
つきましては、主治医の先生に書類の提出をお願い申し上げます。

診療情報提供書の検査項目は全て必須とさせて頂いておりますが、  
検査データの無いものに関しては新たに検査をお願い致します。  
(検査項目の有効期間は3ヶ月とさせていただきます。)

何かご不明な点がございましたら、当施設までご連絡頂きますよう  
お願い申し上げます。

介護老人保健施設 ドリームヒルズ滝山  
〒652-0056  
神戸市兵庫区滝山町7番2号

TEL : 078-579-4130

FAX : 078-579-8955