

診療情報提供書

当施設入所申込みに際し、ご利用者様の健康状態把握のため、下記の検査をお願いしております。下記項目の検査データの記入をお願い致します。

※3 か月以内であれば過去に受けられた検査データの転記・データ添付でも結構です。

氏名： _____ 検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		明治・大正・昭和	
氏名	男・女	年	月 日生 (歳)
現在の疾患名	発病年月日	既往歴	発病年月日
疾患の経過及び治療内容			
処方内容(全科のものを含む)			
薬物アレルギー：無・有 () 食物アレルギー：無・有 ()			
身長(cm) 体重(kg) 血圧(/) 脈拍(/分：整・不整)			
認知症高齢者の日常生活自立度： 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M 障害高齢者の日常生活自立度： 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
①麻痺： 無・有 ()	⑦認知症： 無・有 (軽度・中度・高度)	HDS-R / 30点	
②拘縮： 無・有 ()	⑧褥瘡： 無・有 ()		
③言語障害： 無・有 ()	⑨医療処置： 無・有	酸素療法・経管栄養 (胃瘻・鼻腔)・吸引	
④聴力障害： 無・有 ()	人工肛門・尿道カテーテル・インスリン注射		
⑤視力障害： 無・有 ()			
⑥ペースメーカー： 無・有			

年 月 日

医療機関(施設)名

住 所

電 話

診 療 科

医 師 名

印

血液検査

TP	
Alb	
Tchol	
LDL	
HDL	
LDH	
AST	
ALT	
UA	
BUN	
Cre	
PT-INR ^{※1}	

※1 ワーファリン内服の方

※2 検査をされている方、心不全治療中の方は記入して下さい

Na	
K	
Cl	
CRP	
WBC	
RBC	
Hb	
Hct	
Plt	
FBS	
HbA1c	
BNP ^{※2}	

(JDS ・ NGSP)

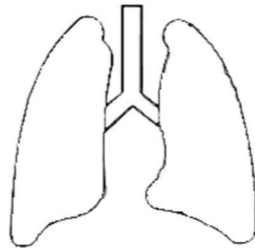
(BNP ・ NT-proBNP)

感染症

MRSA	
HBs 抗原	
HCV 抗体	
活動性結核	
梅毒	
疥癬	

尿検査

尿糖	
尿蛋白	
尿潜血	

胸部 X-P (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 所見 <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div> 異常 なし・あり	心電図所見 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
--	----------------------------------