

診療情報提供書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 ケアセンターかんど
施設長 藤田 委由 宛

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名



患者	氏名				
	生年月日	M	T	S	年 月 日 (歳)

禁忌・注意を要する薬

病名	
----	--

既往歴・現病歴・現症

処方	(上記の処方による治療開始年月日 年 月 日)
----	-------------------------

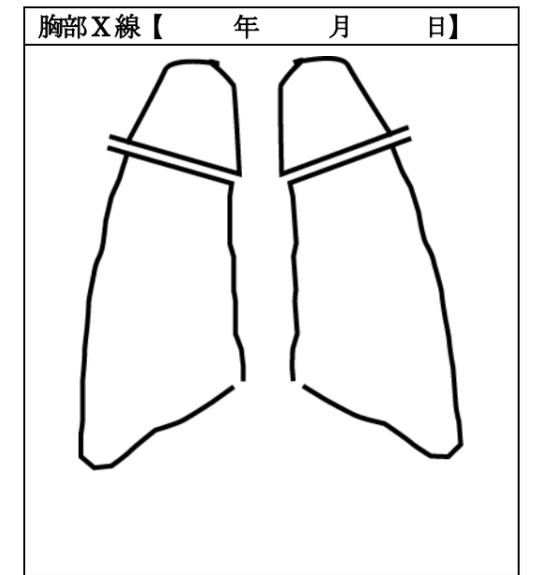
検査所見【実施日： 年 月 日】 ※諸検査データ中、重要な結果があればコピーをご提供お願い致します。

血液						
Hb		TP		BUN		FBS
RBC		Alb		Cre		HbA1c
WBC		AST(GOT)		Na		T'cho
Plt		ALT(GPT)		K		TG
		ALP		Cl		HDL
		γ-GTP		Ca		

尿	
糖	
蛋白	
潜血	

感染症			
HBs 抗原			
HCV 抗体			

心電図所見【実施日： 年 月 日】



*該当するランクに○印をつけて下さい。ADLの状態、認知症状について分かる範囲でご記入下さい。

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
障害高齢者自立度	ADLの状態								
認知症高齢者自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	症状								