

診療情報提供書(入所用)

社会福祉法人 中都
特別養護老人ホーム つるとかめ

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	明 大 昭	年	月 日 (歳)
疾病名					
既往歴					
病状経過					
処方内容					

検査所見					検査日 年 月 日	
身長 cm	体重 kg	血圧 /	認知症 軽度 中度 重度 認知症高齢者の日常生活自立度 問題となる行為	自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M		
尿検査 タンパク ()	糖 ()	潜血 ()	皮膚疾患 疥癬	褥瘡など		
心電図所見				X線所見 直接 間接 令和 年 月 日撮影		
血液生化学 GOT () GPT () BUN () クレアチニン () 空腹時血糖 ()				※胸部X-Pの貸し出しをお願いします。		
感染症 HBs () HCV () 梅毒検査 TPHA法等 () MRSA ()						
血液生化学 赤血球 () 白血球 () 血小板 () ヘマトクリット () 血色素 ()						

令和 年 月 日
医療機関名
住所
電話番号
担当医師名