

診療情報提供書

介護老人保健施設ケアガーデン津山 御中

平成 年 月 日

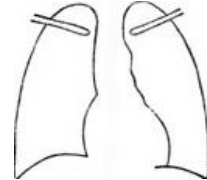
紹介元医療機関等の所在地
名称

医師氏名 印

患者氏名			
患者住所	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
電話番号	—	—	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月 日

傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)			
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日

既往歴			
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日

症状経過、検査結果及び 治療経過	胸部レントゲン
	
	異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	撮影日 年 月 日

現在の処方	採血データ(※入所の場合に記入を、◎は通所の場合には必ず記入をお願いします) 尚、採血データ用の紙を添付していただいてもかまいません		
	※WBC		※AST
	※RBC		※ALT
	※◎Hgb		※◎Cr
	※TP		備考
感染症	HBV(+-) HCV(+-) その他()	※◎ALB	

要介護状態等区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中
----------	--

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
----------------------	---

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
----------------	---

今後の診療に関する助言等

備考

必要書類として、血液検査の項目のデータがあれば添付いただきますようお願いします