

診療情報提供書

年 月 日

淀川老人保健施設 けあきのもり 宛

紹介元医療機関の所在地及び名称

住 所

医師氏名

㊞

電話番号

フリガナ 氏 名			男・女	M・T・S	年	月	日 ()	歳
住 所	〒			TEL (FAX)				
紹介目的	入所・短期入所・通所リハビリ			要介護度： 要支援 要介護 ・ 申請中				
既往及び 現病歴	診断名(又は主病名)			既往歴				
	症状及び治療経過							
現在の処方								
認知症	なし・あり (軽度・中等度・高度)			皮膚疾患	なし・あり ()			
血液検査	(年 月 日)			胸部X-P 異常なし・あり				
RBC		Cr		心電図所見 異常なし・あり 年 月 日				
WBC		UA						
Hb		Na						
GOT(AST)		K						
GPT(ALT)		Cl						
γ-GTP		CRP						
T.P.		BS						
アルブミン		HbA1c						
LDL-CH		検尿						
T-G		糖						
BUN		蛋白		血 圧 / mmHg				
		潜血						
感染症	HBs抗原		HCV	MRSA (陽性ならば部位も)				

検査結果があればお願い致します

CT・MRI・胃カメラ等	その他検査	年	月	日
--------------	-------	---	---	---