

診療情報提供書(紹介状)

医療法人 社団 桑崎会 介護老人保健施設 佐野ナーシングクワサキ 担当医 宛

年 月 日

患者氏名						(男・女)
生年月日(T・S)						年 月 日生( 歳)
住所 〒						
要介護認定の状況						要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中
身長						cm 体重 kg
紹介目的						
傷病名						
既往歴						
病歴及び治療歴						
認知症( - ・ + ) 問題行動( - ・ + )( )						
感染症	発熱( - ・ + ) 痰吸引( - ・ + ) インフルエンザ <sup>※</sup> 予防接種(未実施・実施・不明)					
	COVID-19予防接種(未実施・ 回目実施・不明)					
	結核( - ・ + ) 結核既往( - ・ + ) TPHA( - ・ + )					
	MRSA( - ・ ± ・ + ・ Ⅱ ・ Ⅲ )					
	年 月 日実施 採取部位( ) 喀痰の色(無・白・黄)					
	HBs抗原( - ・ + ) HCV抗体( - ・ + ) 疥癬( - ・ + ) 疥癬既往( - ・ + )					
血液検査	年 月 日実施(直近3ヶ月以内)					CRP
	白血球	赤血球	Hb	Ht	血小板	GOT
	GPT	γ-GTP	総蛋白	BUN	クレアチン	Na
	K	尿酸	T-chol	ALB	HbA1c	BS
尿検査	蛋白( - ・ ± ・ + ・ Ⅱ ・ Ⅲ ) 糖( - ・ ± ・ + ・ Ⅱ ・ Ⅲ )					
	潜血( - ・ ± ・ + ・ Ⅱ ・ Ⅲ ) ウロビリノーゲン( - ・ ± ・ + ・ Ⅱ ・ Ⅲ )					
胸部X線写真 異常( - ・ + )( )						
心電図 異常( - ・ + )( )						
食物アレルギー( - ・ + )( )						
現在の処方						
薬剤アレルギー( - ・ + )( )						

医療機関の所在地

および名称

電話番号

医師氏名

印