

診療情報提供書(紹介状)

医療法人 社団 桑崎会 グループホーム エルーセラ 管理者 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 [※] 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