

診療情報提供書

平成 年 月 日

社会福祉法人 敬誠会 甲府城南ケアセンター

医療機関名

医師名

印

以下の患者の診療情報を提供しますのでよろしくお願いたします

氏名	性別 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)
住所	電話番号 - -	
既往歴		
現在治療中の疾患	投薬内容 (処方内容が分かるものを添付時は記載不要)	
症状の概要		
認知症高齢者の周辺症状	<input type="checkbox"/> HDS-RもしくはMMSE / 30点 (平成 年 日) <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 異食・盗食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	
療養食の有無	【治療食内容】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症状 (H 年 月 日)	皮膚	褥瘡の有無
梅毒反応 (- ・ +) HCV (- ・ +)	膚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 以前あったが治癒
HB抗原 (- ・ +) HB抗体 (- ・ +)	状	<input type="checkbox"/> 有 部位 ()
MRSA (- ・ +) : 摂取部位 鼻腔・咽頭・他	態	その他 ()
身長 cm 体重 kg	6か月以内に3kg以上の体重の上限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
血圧 / mmHg	尿検査	蛋白質 () 糖 () 潜血 ()
胸部X線所見 (H 年 月 日)	血液検査 ※採血データ添付時は記載不要	
	白血球	GOT Na
	赤血球	GPT K
	血色素	γGTP Cl
	血小板	BUN Fe
	T・P	クレアチン 血糖
	アルブミン	尿酸 HbA1c
心電図検査 異常所見	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () (H 年 月 日)	