

診療情報提供書

(介護老人保健施設マチュアハウス横越 入所及び利用申込用)

平成 年 月 日

介護老人保健施設マチュアハウス横越

紹介元医療機関の所在地:

担当医: 井上 啓一 宛

医療機関名:

ふりがな

電話番号:

患者氏名: さん (男・女)

生年月日: M・T・S 年 月 日 歳

医師氏名: 印

◇紹介目的: 1) 入所 2) デイケア 3) ショートステイ

◇HDS-R (長谷川式): 点

◇診断名:

◇アレルギー: 有 ()

1)

無

2)

◇結核: 有・無

3)

(検査日: 年 月 日)

4)

◇検査:

身長: 体重:

BMI:

血清アルブミン値: (g/dl)

◇主訴:

(測定日: 年 月 日)

食事摂取量:

栄養補給法:

◇症状経過: 特に現在の状況と問題点をご明記ください

検尿	検血
蛋白:	赤血球:
糖:	白血球:
ウロビリ:	血色素:
潜血:	ヘマト:
	血小板:

*他に特に問題となる検査結果がありましたらお教えてください。

◇既往歴:

*以下のものについては検査済みでしたらお教えてください。

MRSA () HCV抗体 ()

HBs抗原 () TPHA定性 ()

◇処方及び処置