

# 診療情報提供書

介護老人保健施設 マチュアハウス中条  
担当医 下田 聡 宛

紹介元医療機関

医療機関名：

医師氏名：

㊞

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳

記入日： 年 月 日

傷病名	発症日	既往歴・手術歴	発症日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

症状経過及び検査結果

現在の処方

身長： cm	褥瘡の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位： )
体重： kg	アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食品・薬品 )
HDS-R (長谷川式)： 点 / 30 点	栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養
食事摂取量：主食 割、副食 割	療養食の指示： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (指示 )
【尿検査】 タンパク質： 糖： ウロビリノゲン： 潜血：	
【血液検査】 赤血球： 白血球： Ht： 血小板： ALB：	
【感染症】 MRSA ( ) C型肝炎・HCV抗体 ( ) B型肝炎・HBs抗原 ( ) 梅毒TPHA定性 ( )	

\*記入は概ね1ヶ月以内のデータでお願い致します。