

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 ()		

※上記検査以外に検査データがありましたら添付お願い致します。