

# 診療情報提供書

(介護老人保健施設 マチュアハウス中条 入所及び利用申込用)

年 月 日

介護老人保健施設 マチュアハウス中条

紹介元医療機関の所在地:

担当医: 手塚 誠 宛

ふりがな

患者氏名: さん 男・女

医療機関名:

電話番号: ( ) -

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

◇診断名:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

◇既往歴:

◇症状経過: 特に現在の状況と問題点をご明記下さい

◇HDS-R (長谷川式) 点

◇アレルギー: 無 ・ 有

◇検査:

身長: 体重:

BMI:

血清アルブミン値: (g/dl)

(測定日: 年 月 日)

食事摂取量:

栄養補給法:

検 尿	検 血
蛋 白:	赤血球:
糖 :	白血球:
ウビリ :	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下さい。

\*以下のものについては検査済みでしたらお教え下さい。

MRSA ( ) HCV抗体 ( )

HBs抗原 ( ) TPHA定性 ( )

◇処方及び処置