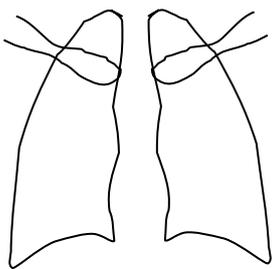


主治医連絡書(診療情報提供書)

治療中の疾患に関する検査データがありましたら記入・添付をお願いします。

利用者	フリガナ	男・女	連絡先 〒(-)	
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		電話 (-)	
最終診察日	平成 年 月 日	診察方法	<input type="checkbox"/> 本人受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
他科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科			
病名と既往	現病名	既往病名		
	①	①	(年前)	
	②	②	(年前)	
	③	③	(年前)	
④	④	(年前)		
症状経過			処方内容	
一般状態	身長: cm 体重: Kg 血圧: / 脈拍: /分(整・不整)			
	皮膚疾患(含褥瘡)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Fr)	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (経鼻・胃ろう)	リハビリ	可・否 注意事項:
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	入浴	可・否 注意事項:
酸素療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (瓶/分)	胸部レントゲン検査(1年以内)	(H 年 月 日)	
感染症	疥癬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		所見
	結核の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	HBs抗原(5年以内)	(- . +)		
	HCV抗体(5年以内)	(- . +)		
	梅毒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	MRSA	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)		
他の感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
検査所見				
	(年 月 日施行)			

現在の状況は上記の通りです

医療機関名

所在地

平成 年 月 日

電話

医師氏名

平成 年 月 日

_____ 様

診療情報提供書の作成を、お願いいたします。

<診療情報提供書の記載について>

- ・ 血液検査（生化学、抹消血液、一般的なもの）

※結果のコピーの添付をお願いいたします。

- ・ 感染症（記載のもの全て）
- ・ 胸部レントゲン
- ・ 尿検査（一般的なもの）

ご質問や何かご不明な点等ございましたら、お問い合わせください。

宜しくお願い致します。

特別養護老人ホーム なごみの郷

0460-84-0131