

# 診 療 情 報 提 供 書

老人保健施設宇都宮アルトピア様式

患者	氏名 <span style="float: right;">(□男 □女)</span>	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生 (満 歳)				
	住所 (〒 - )						
傷病名	介護保険を利用するにあたっての主な傷病 #1 #2 #3						
病状経過							
処方内容	使用中の薬剤 (用法、用量も記入してください)						
	退院後の薬物等処方予定 (同上であれば記載の必要はありません)						
処置	実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当する処置等にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 ( )						
生化学検査	下記検査項目のデータ (3ヶ月以内) がありましたら、コピー添付をお願いします。						
	TP	ALT (GPT)	LDL-C	BUN	K	RBC	Ht
	Alb	FBS	HDL-C	Cr	Cl	Hb	PLT
	AST (GOT)	HbA1c	TG	Na	WBC	検査日平成 年 月 日	
感染症	肝炎ウイルス検査 HBS 抗原 (□+ □-) HCV 抗体 (□+ □-) MRSA、その他の感染症 (疥癬、梅毒等) MRSA については、IVH、気管切開、留置カテーテルなどの医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染菌がある場合などに限り、細菌検査を実施してください。 疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけてください。						
皮膚疾患	□なし □あり ( )		□褥瘡なし □褥瘡あり (部位: 程度: )				
胸部X線	異常所見 □なし □あり ( ) 平成 年 月 日撮影						
アレルギー	食物アレルギー □なし □あり ( )			薬物アレルギー □なし □あり ( )			
認知症	□なし □軽度障害 □中等度障害 □重度障害 (問題となる中核症状 )						
	特に問題となる行動・心理症状		□暴力 □徘徊 □介護抵抗 □その他 ( )				
食事制限	□なし □あり (内容 )		摂取量	主食 ( ) 割摂取		副食 ( ) 割摂取	
療養上の注意事項:							

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX.

医師氏名

印

※ 処方薬、生化学検査等の内容は、カルテ、データのコピーでも結構です。

※ 情報収集のため、相談担当者が貴院・貴施設を訪問させていただく場合がございますが、その節は何卒よろしくお願ひいたします。