診療情報提供書

宛先：所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ 利用者氏名		（性別　男・女　） 生年月日：　年　月　日生（満　歳）	
住所		電話番号	
認知症	生活機能	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	自立 J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2
1	障害の原因と なっている傷病名	・主　（発症　年　月　日） ・副	
2	既往歴 治療中の傷病名	ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　有　・　無	
3	現在の与薬 治療内容		
4	四肢及び運動機能障害		
5	胸部 Ｘ線検査 （　年　月　日）	・異常なし　【所見】 ・異常あり ・検査できず	
6	心電図 （　年　月　日）	・異常なし　【所見】 ・異常あり ・検査できず	
7	皮膚疾患 （　年　月　日）	・異常なし ・異常あり（疑を含む） 疥　癬（部位　　）　湿　疹（部位　　）※疥癬の既往　有・無 その他（部位　　）褥　瘡（部位　　）	
8	血液検査 （　年　月　日）	TP（　）g/dl　Alb（　）g/dl　T.cho（　）mg/dl　BS（　）mg/dl　UA（　）mg/dl GOT(AST)（　）IU/l　GPT(ALT)（　）IU/l　BUN（　）mg/dl　CRE（　）mg/dl WBC（　）/m㎥　RBC（　）万/m㎥　Hb（　）g/dl　Ht（　）%　CRP（　）mg/dl その他	
9	感染症	HBsAg（ ー・＋・未 ），HCVAb（ ー・＋・未 ），WA氏（ ー・＋・未 ） MRSA（ ー・＋・未 ），Tbの既往（ ー・＋ ）	
10	介護ｻｰﾋﾞｽに対する 留意事項(食事・入浴など)	DM の場合、摂取カロリーをお知らせ下さい（　　）	

令和　　年　　月　　日

所在地
医療機関名
医師名　　㊞

有田医師会・有田市医師会・介護支援専門員協会有田支部・介護連携の会