

主治医様

公益財団法人甲南会 甲南介護老人保健施設
施設長 井上 智夫

診療情報提供書ご記入について

貴院、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

当施設では、ご利用希望の方に、別紙のとおり「診療情報提供書」の提出をお願いしております。つきましては、主治医の先生方に、書類のご記入いただきたくお願い申し上げます。

<ご記入に際しての留意点>

・検査項目について

検査成績表（血液検査）を添付して下さい。

疥癬、結核菌、MRSA につきましては何らかの症状がある場合に検査をお願いいたします。

症状がなければ必要ありません。

デイケアご希望者に関しては、今までの経過、投薬内容がわかれば、この様式に限らず、医院所定の紹介状で結構です。入浴、食事に関する注意事項がある方については、その旨ご記入をお願いいたします。

以上

診療情報提供書 (利用診断書)

甲南介護老人保健施設 施設長殿 年 月 日

氏名		男・女	M/T/S	年	月	日生	才	
(発症年月日) 現病名				(発症年月日) 既往歴				
現在までの 経過及び 現在の 治療状況								
血液検査	白血球	HDL	HB	(陽性・陰性)				
	赤血球	尿素窒素	HCV	(陽性・陰性)				
	ヘモグロビン	クレアチニン	TPHA	(陽性・陰性)				
	ヘマトクリット	尿酸	MRSA※					
	血小板	Na	喀痰・他 (陰性 / 保菌者)					
	血清蛋白	K	年 月 日					
	アルブミン	Cl	結核※					
	GOT	血糖	喀痰・他 (陰性 / 陽性)					
	GPT	CRP						
	LDL		年 月 日					
尿検査	糖 () 蛋白 () 潜血 ()			年 月 日				
四肢及び 運動機能障害								
心電図	異常なし・所見あり () 月 日 実施							
胸部X線	異常なし・所見あり () 月 日 実施							
皮膚疾患	疥癬 無・有() 湿疹 無・有() ☆有(疑いを含む)場合は 褥瘡 無・有() その他 無・有() 部位・程度をご記入ください							
アレルギー	無・有 ()							
意思疎通	可・不可 具体的状況 ()			血圧	mmHg			
精神の状況	・難聴 無・有・視力 日常生活に支障 無・有 ()							
	・認知度 (正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) ・問題行動 (なし・あり) 徘徊・奇声・異食・不穏・興奮・妄想・譫妄・昼夜逆転 その他 ()							
投薬内容 (他科内服分も含)								
備考	食事:							
医療機関名								
所在地								
	担当医師名					印		

☆血液検査はデータ添付でも可。尚、検査データは直近3ヶ月以内のものをお願いします。
※につきましては、何らかの症状がある場合に検査をお願い致します。