

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 サンガピア館

医療機関名  
所在地  
電話番号  
担当医師

印

フリガナ 氏名	様	男・女	M・T・S	年	月	日生	歳
住所						介護保険(有・無) 身体障害者手帳(有・無) 級	
主たる病名 ※1 ①				②			
主たる疾患の治療と経過						入院期間( 年 月 日～ 年 月 日)	
その他病名 ※2		現在の処方(必須のものには○印)		検査値 実施日( / ) ※3			
				TB ( )	Creat ( )	CRP ( )	
				DB ( )	Na ( )	血糖 ( )	
				TP ( )	K ( )	HBA1c ( )	
				Alb ( )	Cl ( )	CK ( )	
				GOT ( )	RBC ( )	RF ( )	
				GPT ( )	WBC ( )	その他 ( )	
				BUN ( )	Hb ( )	( )	
身長 cm	検尿( / )実施	頭部CT( / )実施	胸X-P ( / )実施 胸CT ( / )有所見時 心エコー( / )有所見時	ECG ( / )実施	腹X-P( / )実施 腹CT( / )有所見時 腹エコー( / )有所見時		
体重 kg	PH ( )						
血圧 / mmHg	糖 ( )						
脈拍 /min	蛋白 ( )						
	ウビリ ( )						
	潜血 ( )						
疑わしい感染症	認知症 有・無	食事	排泄	入浴	移動	転倒の危険性	
疥癬 ( )	軽度・中度・重度	自立	自立 トイレ	自立	歩行	自立	なし
HBs-Ag ( )	症状	一部介助	一部介助 ポータブル	一部介助	杖	一部介助	時々あり
HCV ( )		全介助	全介助 紙パンツ	全介助	歩行器	全介助	あり
TPHA ( )		形態	オムツ		シルバーカー		
MRSA ( )		( )	パルーン		車椅子		
その他							

※1 主たる病名は現在診療中の主な病名を記す。  
 ※2 そのた病名は何らかの投薬が行われている疾患を記す。  
 ※3 ※1、※2の病名に関する検査値を記す。