

診療情報提供書(兼 リハビリテーション指示書)

介護老人保健施設
 峡北シルバーケアホーム 担当医師 宛

令和 年 月 日

医療機関名
 医師名

下記の患者の診療情報を提供・リハビリテーション実施を指示しますので宜しくお願いいたします

氏名 生年月日 M・T・S 年 月 日 (才)	様 (男・女)	住 所 電話番号
病名 ① ② ③ ④		内服薬
疾病の経過		要介護度 (要支援 I・II) (I ・ II ・ III ・ IV ・ V) 長谷川式スケール(/ 30点) 認知症状(有 ・ 無) (具体的に)
左・右利き 身長 cm 体重 kg 血圧 / 尿・蛋白質() 糖() 潜血()		
検査所見		
胸部X・P所見 		心電図所見
血液検査 白血球: _____ GOT: _____ TP: _____ 血糖値: _____ 赤血球: _____ GPT: _____ アルブミン: _____ 血糖(FBS随時) _____ 血小板: _____ γGTP: _____ TC: _____ HbA1c: _____ 血色素: _____ BUN: _____ TG: _____ CRP: _____ F e : _____ クレアチニン: _____ K: _____ UA: _____ eGFR: _____ Na: _____		
感染症状 梅毒反応 (陰性・陽性) HCV (陰性・陽性) HB抗原 (陰性・陽性) MRSA (陰性・陽性) HB抗体 (陰性・陽性) (摂取部位) 鼻腔 ・ 咽頭 ・ 他		皮膚病 (有 ・ 無) (病名) (部位)

*3ヶ月以内のデータをお願いします