

診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的：入所・短期入所・通所リハビリテーション（いずれかに○印をつけてください）										
氏名						性別	男・女			
生年月日	年	月	日	年齢	歳					
病名							処方			
既往歴										
傷病・治療経過										
禁忌・注意事項										
認知症	無 ・ 有	中核症状・周辺症状								
検査実施日 平成 年 月 日										
胸部X-P 所見										
心電図 所見										
尿検査	蛋白()	糖()	潜血()	MRSA	(+ ・ -) 部位:					
WBC		TP		BUN		CRP		総コレステロール		
RBC		Alb		Cr		HBs抗原		HDL		
Hb		GOT		Na		HCV抗体		LDL		
Ht		GPT		K		褥瘡		中性脂肪		
Plt		γ-GTP		Cl		皮膚疾患		Glu		
肺炎球菌ワクチン接種(未・済・不明)								必要時HbA1C		
<p>※上記の検査項目については、実施していない項目については未記入で構いません。</p> <p>※検査を実施する場合は、ご利用者様(ご家族様)の確認をお願い致します。</p> <p>上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。</p>										
年 月 日										
医療法人		所在地								
		電話								
		名称								
		医師氏名								