

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、みどりの杜の入所(短期含む)利用を希望されております。利用開始に当たり、病状・治療経過などを下記の記入にて情報提供くださいますよう、よろしくお願いいたします。

診療情報提供書

氏名	明治・大正・昭和						
	様 男・女		年 月 日( )				
住所						主介護者	※未記入可
電話番号						緊急連絡先	※未記入可
紹介目的	入所・短期入所療養介護の利用 ※下記目的にシ点もしくはその他にご記入ください <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・回復(リハビリ) <input type="checkbox"/> 家族の介護量軽減 <input type="checkbox"/> ADL低下による在宅介護困難 <input type="checkbox"/> ADL、IADLやコミュニケーション能力、社会関係能力の維持・回復 <input type="checkbox"/> その他( )						
現病歴	病名(現病歴・既往歴)		発症年月日				
	#1		年	月	日		
既往歴	#2		年	月	日		
	#3		年	月	日		
	#4		年	月	日		
	#5		年	月	日		
	治療経過						
検査所見 (感染症 その他)	※検査困難時は以前のdateもしくは後日連絡でも利用対応しますのでご連絡ください						
	HBs抗原( ) HCV抗体( ) MRSA( ) 咽頭・鼻腔・尿・便						
	疥癬・その他皮膚疾患 無・有(部位 )						
	※検査dateはコピー添付可、必要時追加記載可						
	検査日	WBC	GOT	BUN	TP	T-chol	
	採血	RBC	GPT	Cr	ALB	HDL-C	
	年 月 日	Hb	γ-GTP	尿酸	血糖	TG	
X-P	Plt	PT-INR	※ワーファリン内服中の方のみ	※糖尿病の方のみ	HbA1c	CRP	
年 月 日	尿検査 蛋白( )糖( )潜血( )		心電図				
	胸部X-P		その他				
アレルギー	無・有 薬剤( )・食事・花粉症・その他( )						
治療食	無・有 心臓病食・腎臓病食(塩分6g) 糖尿病食( kcal) 肝臓病食 脂質異常食 痛風食 胃潰瘍食 膵臓病食 貧血食						
内服薬	※お薬手帳・処方などのコピー添付可						
	①						
	②						
	③						
	④						
	⑤						
年 月 日	上記のとおり診断します						
	医療機関名						
	電話番号						
	医師氏名						
	(印)						