

# 診療情報提供書(入所・ショート用)

令和 年 月 日

本提供書の有効期限は、上記  
発行日より3カ月の間とする。

介護老人保健施設  
板橋ロイヤルケアセンター  
施設長

様

医療機関名 (科名)  
所在地  
名称  
担当医  
電話

印

|     |        |              |       |   |   |   |
|-----|--------|--------------|-------|---|---|---|
| 氏名  | _____様 | _____歳 (男・女) | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| 〒住所 |        |              | 電話    | — | — |   |

## 【診断】

【既往症】 結核性疾患 ( あり ・ なし ) / 疥癬 ( あり ・ なし )

## 【治療経過】

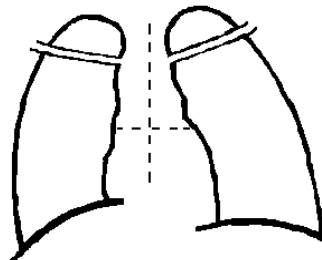
## 【処方】

【胸部X-P所見】 ※心胸比 \_\_\_\_\_ %

## 【日常生活の状態】

ADL状態 正常 J 1 J 2 A 1 A 2  
B 1 B 2 C 1 C 2

認知症状態 正常 I II a II b III a  
III b IV M



※検査 \_\_\_\_\_年 月 日  
(6ヶ月以内のもの)

※裏面もご確認をお願い致します

## 検査結果添付のお願い

### ・尿（3ヶ月以内の検査値）

|   |    |    |
|---|----|----|
| 糖 | 蛋白 | 潜血 |
|---|----|----|

### ・血液（3ヶ月以内の検査値）

|      |      |      |         |     |
|------|------|------|---------|-----|
| 白血球数 | 赤血球数 | 血色素数 | ヘマトクリット | 血小板 |
|------|------|------|---------|-----|

### ・血液生化学（3ヶ月以内の検査値）

|       |      |                    |           |     |
|-------|------|--------------------|-----------|-----|
| ALB   | TTT  | GOT (AST)          | GPT (ALT) | ALP |
| γ-GTP | T-ch | TG                 | LDH       | BUN |
| Cr    | Na   | K                  | Cl        | Ca  |
| CRP   | 血糖   | HbA1c（糖尿病の既往がある場合） |           |     |

### ・感染症（6ヶ月以内の検査値）

|      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|
| TPHA | HBs抗原 | HCV抗体 | MRSA |
|------|-------|-------|------|

### ・心電図（波形のコピーを添付）（6ヶ月以内のもの）

※上記の項目につきましては、検査をして頂き、検査結果のコピーを添付して下さいようお願い申し上げます。