

診療情報提供書

IMSグループ 埼玉ロイヤルケアセンター

2016.10.1

フリガナ 氏名	(男・女)			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
身長	cm	体重	Kg	血圧	/	脈拍	/分
傷病名							
既往歴 経過							
生活自立度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1 C2
認知症度	I	II	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV M
意思疎通	1:可 2:その場合は可能 3:時々通じる 4:不可						
皮膚疾患	褥瘡	無	有	部位 程度			
	疥癬	無	有				
処置内容	胃瘻:(交換日)						
	バルーン: ストマ:(自己管理 可 否) インスリン:(単位/日 自己注 可 否) その他(内容・対応):						
アレルギー	(薬...) (食事等...)						
食事内容	主食(常・粥) 副食(常・刻・ミキサー) 治療食() 制限()						
麻痺	1:無 2:有(部位)			拘縮 1:無 2:有(部位)			
ワクチン	肺炎球菌ワクチン 1:未 2:不明 3:済(時期:)						
処方内容							
検査項目 *下記については、データのコピーでも可							
生化学検査 (年 月 日)			血液学検査(年 月 日)			尿検査(年 月 日)	
総蛋白	g/dl	CR	mg/dl	白血球	/ul	蛋白	
アルブミン	g/dl	UA	mg/dl	赤血球	/ul	糖	
A/G		Fe	μg/dl	血色素	g/dl	潜血	
T-Bill	mg/dl	Na	mEq/l	Ht		M R S A (- +) 部位:	
ALP	IU/l	K	mEq/l	血小板	×10/ul		
GOT	IU/l	Cl	mEq/l				免疫学検査
GPT	IU/l	T-Ch	mg/dl	CRP	mg/dl	RPR	
r-GTP	IU/l	LDL-Ch	mg/dl	血糖(空腹時)	mg/dl	抗TP抗体	
LDH	IU/l	HDL-Ch	mg/dl	糖尿病の場合		HBs抗原	
尿素窒素	mg/dl	中性脂肪	mg/dl	HbA1c		HCV抗体	
上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日							
所在地 医療機関名 電話番号 医師氏名							
印							