診 療 情 報 提 供 書

氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年　　月　　日	年齢	歳
現病歴		処方	
既往歴			

認知症	無 ・ 有	BPSDの状況
		認知症自立度　　Ⅰ・ Ⅱa・ Ⅱb・ Ⅲ・ Ⅲa・ Ⅲb・ Ⅳ
胸部X－P所見		
心電図所見		
MRSA	＋ ・ －　　部位: 咽頭 ・ 鼻腔 ・ その他（　　）	

尿検査	蛋白（　）	糖（　）	潜血（　）			身長	cm	体重	kg
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 ）　摂取日 平成　　年　　月								HbA1C	
ﾜｰﾌｧﾘﾝ内服者のみINR				検査日 平成　　年　　月　　日					

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。

平成　　年　　月　　日

医療法人　　所在地

電話

名称

医師氏名

※有効期限は作成から3か月以内となります。

※文書作成料は実費負担になる可能性がございます。

詳細につきましては作成される病院（施設）へお問い合わせください。

介護老人保健施設 はつかり　　2018/9/14作成