

# 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あります。

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。