

診療情報提供書

東京城東病院附属介護老人保健施設
施設長 中馬 敦 宛

令和 年 月 日

名称

住所

電話

科 医師名 印

フリガナ 氏名		性別	男・女
生年月日	明治 大正 昭和	年	月 日 才
住所			
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 更新申請中 ・ 区分変更申請中		
日常生活自立度	寝たきり度 (J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)		
	認知症自立度 (I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M)		

診断名	
既往歴	
現病歴	
処方内容	
※別紙の添付でも構いません。	

検査データ

・検査結果は3ヶ月以内のデータでお願いします。なお、全ての項目検査願います。

・データ類は別紙の添付でも構いません。 ※1 (ワーファリン服用の方)

検査日 血液一般	WBC		検査日 血液生化学	Na		検査日 感染症	HBs抗原	
	RBC			K			HCV抗体	
	Hb			Cl			TPHA	
	Ht			BUN			MRSA () 部位	
	PI			Cr			疥癬	
検査日 血液生化学	TP		検査日 心電図	BS		検査日 胸部X線	異常あり ・ 異常なし <所見>	
	アルブミン			HbA1c			異常あり ・ 異常なし <所見>	
	AST(GOT)			CRP				
	ALT(GPT)			PT-INR ※1				
	ALP		検査日 尿一般	蛋白		異常あり ・ 異常なし <所見>		
	γ-GTP			糖				
	LDH			潜血				
T-cho		身長		cm	検査日 血圧	/		
TG		体重		kg				

身体の状態

項目	部位・状態・内容など	
ストーマ	有・無	
胃瘻	有・無	交換日
膀胱留置カテーテル	有・無	サイズ
嚥下障害	有・無	
インシュリン注射	有・無	血糖測定 要・不要
酸素療法	有・無	
その他の身体状況	有・無	

リハビリテーション実施にあたっての注意事項

--

その他特記事項

--