

診療情報提供書

介護老人保健施設 フロンティア銚田 春の場所

ふりがな			男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)
氏 名									
住 所									
入退院歴 (過去6ヶ月)	①	年	月	日	～	年	月	日	(病院)
	②	年	月	日	～	年	月	日	(病院)
	③	年	月	日	～	年	月	日	(病院)
現病歴				既往歴					
経 過									
検査結果	【血液検査】		【感染症】		【尿検査】		【胸部XP所見】		
	GOT ()	HBs抗原 ()	蛋白 ()				年 月 日		
	GPT ()	HCV抗原 ()	潜血 ()						
	LDH ()	TPHA定性 ()	糖 ()				【心電図所見】		
	ALP ()	RPR法定性 ()	その他 ()				年 月 日		
	CPK ()	MRSA ()					【脳画像所見】		
	BUN ()	疥癬 ()							
	CRE ()	その他 ()					年 月 日		
	UA ()								
	Na ()	【身体状況】							
	Cl ()	麻痺 有・無	上肢 (右・左)	下肢 (右・左)					
	K ()	拘縮 有・無	部位 ()	度合 (軽・中・重)					
	血糖 ()	褥瘡 有・無	部位 ()	大きさ (× cm)					
	A1C ()	身長 (cm)	体重 (kg)	血圧 (/)					
	WBC ()	【精神障害】 (認知症の状態等)							
Hb ()									
MCV ()									
※継続が 必要な薬									
リハビリ指示									
☐ ROM訓練		☐ 座位訓練		☐ 呼吸訓練		☐ 摂食・嚥下訓練		☐ 起立訓練	
☐ 筋力増強訓練		☐ 起居動作訓練		☐ 高次脳機能訓練		☐ ADL/IADL訓練		☐ 認知訓練	
☐ 立位訓練		☐ 歩行訓練		☐ 失語症訓練		☐ その他 ()			
リハビリ中止基準									
血圧： / mmhg		脈拍： 回/分		体温： °C					
禁忌及び注意事項、負荷のリスク (制限がある場合には具体的に)									

採血・検尿は検査データを添付してください

※印は別紙添付で省略可

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

T E L

医 師 名