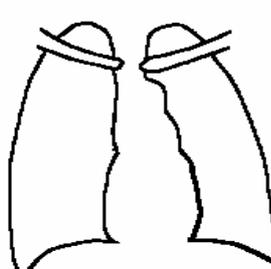


診 療 情 報 提 供 書

氏 名		男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 歳
住 所			電 話	
治療中の 主な病名	1 ----- 2 ----- 3			
疾病の経過 既往症 特記すべき 事柄など			投薬内容	
禁忌薬剤				
血 圧	／ mmHg	検 尿	糖 () 蛋白 () 潜血 ()	
感染性疾患 について	胸部X線 (年 月 日) 所見 		MRSA () 緑膿菌 () ※陽性であれば部位 () HBS抗原 () HCV抗体 () TPHA () 感染性皮膚疾患 (疥癬): (有・無) 部位 () その他感染症	
E C G			[]	
入浴の可否	可 ・ 否			
理解および記憶 ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない ・食事 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分でたべられる <input type="checkbox"/> 全面介助				
問題行動があれば記入してください				
その他特記すべきこと				

できれば最近の血液検査のデータのコピーを添付してください。

上記のとおりです。

年 月 日

医療機関名
医 師 名
所 在 地
電 話
F A X 番 号

印