診 療 情 報 提 供 書

フリガナ 氏名		男・女	生年月日　　明治・大正・昭和 年　　月　　日（　　歳）	
住所	〒		電話 携帯	

現在治療中の疾病	服薬の状況	既往歴	認知症の状態
□無　□有　(疾病名)	□無　□有　(薬品名)	□無　□有　(疾病名)	□無し □有り(程度) □軽度 □中度 □重度 長谷川式スケール　　点

症状経過	

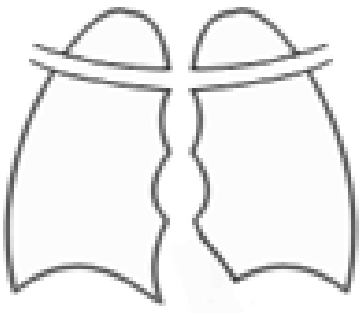
（身長　　ｃｍ）　（体重　　ｋｇ）　血圧（　　/　　）　脈拍　　回/分

検査所見《検査日　　年　　月　　日》　※３ヶ月以内の情報

尿	蛋白	－　　±　　＋			
	糖	－　　±　　＋			
	潜血	－　　±　　＋			
血液	ＷＢＣ		ＲＢＣ		
	Ｈｂ		Ｈｔ		
生化学	ＴＰ		アルブミン		
	ＧＯＴ		ＧＰＴ		
	γ－ＧＴＰ		Ｔ－ｃｈｏ		
	ＴＧ		ＢＵＮ		
	クレアチン		ＣＲＰ定量	mg/dl	

胸部レントゲン（撮影日　　年　　月　　日）

所見



異常あり　・　異常なし

感染症	ＨＢｓ	抗原（　　）抗体（　　）	心電図　所見	
	ＨＣＶ	抗体　　－　　＋	糖尿病(現病歴・既往歴)のある方	ＨｂＡ１Ｃ（　　）
	ワ氏反応	ＴＰＨＡ法定性　　－　　＋		ＦＢＳ　（　　）
	疥癬	－　＋　部位（　　）	結核の既往	無・有（　　）
	ＭＲＳＡ	－・＋（　鼻腔・咽頭　）	アレルギー(薬・食物)　無・有（　　）	
特記事項			皮膚疾患(褥瘡含む)　無・有（　　）	
			医療器具　　無・有（　　）	

上記のとおり、診断いたします。　　平成　　年　　月　　日

介護付有料老人ホーム　ツクイ・サンシャイン古河あかやま　管理者殿

医療機関名

所在地

医師氏名　　印