

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、みどりの社の入所(短期含む)利用を希望されております。利用開始に当たり、病状・治療経過などを下記の記入にて情報提供くださいますよう、よろしくお願いいたします。

診療情報提供書

氏名	明治・大正・昭和							
	様 男・女		年 月 日( )					
住所						主介護者	※未記入可	
電話番号						緊急連絡先	※未記入可	
紹介目的	入所・短期入所療養介護の利用 ※下記目的にシ点もしくはその他にご記入ください <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・回復(リハビリ) <input type="checkbox"/> 家族の介護量軽減 <input type="checkbox"/> ADL低下による在宅介護困難 <input type="checkbox"/> ADL、IADLやコミュニケーション能力、社会関係能力の維持・回復 <input type="checkbox"/> その他( )							
現病歴  既往歴	病名(現病歴・既往歴)		発症年月日					
	#1		年	月	日			
	#2		年	月	日			
	#3		年	月	日			
	#4		年	月	日			
	#5		年	月	日			
	治療経過							
検査所見 (感染症 その他)	※検査困難時は以前のdateもしくは後日連絡でも利用対応しますのでご連絡ください HBs抗原( ) HCV抗体( ) MRSA( ) 咽頭・鼻腔・尿・便 疥癬・その他皮膚疾患 無・有(部位 )							
	※検査dateはコピー添付可、必要時追加記載可							
	WBC	GOT	BUN	TP	T-chol			
	RBC	GPT	Cr	ALB	HDL-C			
	Hb	γ-GTP	尿酸	血糖	TG			
	Pit	PT-INR	※ワーファリン内服中の方のみ		※糖尿病の方のみ		CRP	
	尿検査	蛋白( )糖( )潜血( )	心電図					
	胸部X-P	その他						
	アレルギー	無・有 薬剤( )・食事・花粉症・その他( )						
	治療食	無・有 心臓病食・腎臓病食(塩分6g) 糖尿病食( kcal) 肝臓病食 脂質異常食 痛風食 胃潰瘍食 膵臓病食 貧血食						
内服薬	※お薬手帳・処方などのコピー添付可							
	①							
	②							
	③							
	④							
⑤								
平成 年 月 日	上記のとおり診断します							
医療機関名								
電話番号								
医師氏名								