

施設利用情報提供書

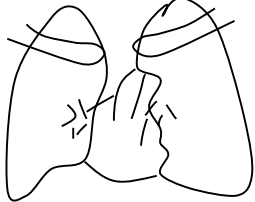
医療機関名

所在地

担当医師名

印

令和 年 月 日

患者氏名			性別 男・女	M・T・S	年 月 日生	歳
住 所						TEL
	身長	cm	体重	kg	体温	℃
	血压	/	脈拍	/min	利き腕	右・左
現 病 歴	HDS-R (診断あれば)					
既 往 歴						
処方内容						
検査所見 胸部 X線所見 (簡・直) 年 月 日撮影						
* 結核の既往・所見必須				心電図の所見		
CTR						
※異常部位の図示						
(データー 年 月 日現在)						
床 検 査	HBs抗原 (-・+)		HCV抗体 (-・+)		TPHA定性 (-・+)	
	WBC	RBC	Hb	Hct	Plt	CRP
	GOT	GPT	ALP	LDH	γ GTP	CPK
	TG	LDL	HDL	BUN	CRE	Na
	尿糖	尿蛋白	尿糖	尿潜血	尿ウロビリノーゲン	DM者はHbA1C
	褥瘡 無・有 ()		視力 良・不良(右・左)		眼疾患 ()	
	皮膚疾患 無・有 ()		聴力 右(良・不良) 左(良・不良)			
貴院計画/実施(処方・処置など)リハビリテーション依頼事項						
所見又は、特記事項						
食 事 内 容	普通食		糖尿食(kcal)		胃潰瘍食 減塩食	
	特別治療食による理由					

備考:全項目記載して下さい。

特別養護老人ホームときの音色