

診療情報提供書(アイケア施設入所判定用)

氏名				男・女	明・大・昭	年	月	日	(歳)
住所								身長	cm
								体重	kg
機能障害の有無	視覚	聴覚	言語	四肢					
既往症									
現 症	呼吸器 胸部 X-P		伝染性疾患 皮膚病等						
	循環器 心電図検査		栄養状態						
	消化器		むくみ						
	アレルギー 疾患		褥瘡						
	認知症		その他						
	治療中の疾病 及び治療経過 処方内容								
検 査	血圧	~	mmHg	血液型	赤沈検査(1時間)				
	HBs抗原()		HBs抗体()		HCV 抗体()				
	梅毒反応	(方法)		(結果)					
	MRSA(必要に応じ咽頭または喀痰)								
	WBC()	RBC()	Hb()	Ht()	PLT()				
	GOT()	GPT()	γ-GPT()	BUN()	CREA()				
	総コレステロール()	BS()	アルブミン()						
尿 蛋白()	糖()	ウロビリノーゲン()							
本人及び家族の要望									
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)									

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電話番号
医 師