

## 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。

令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電話番号  
医 師