

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生	要介護		
住所							TEL		
【認知症の有無に印を付けて下さい】 有・無							型認知症		
【症病名】									
【既往歴】									
【病状及び治療経過】					【現在の処方、処置等】				
血圧 / mmHG			脈拍 / 分			身長 cm		体重 kg	
【胸部X線所見】  年 月 日		WBC		Cr		GOT		【感染症等】 HBs-Ag    + - HCV        + - TPHA       + - MRSA      + - 疥癬        + - 真菌症     + - 結核        + - 【アレルギー】 薬品(        ) 食品(        )	
		RBC		BUN		GPT			
		Hb		UA		γGTP			
		Ht		Na		LDH			
		PLT		K		ALP			
【心電図所見】  年 月 日		TP		Cl		T-Bil			
		ALB		GLU		尿蛋白			
		T-Cho		HbA1c		尿糖			
		TG		CRP		尿潜血			
				尿ウビリ					
【日常生活の自立度】  年 月 日		【認知症高齢者の日常生活自立度】  年 月 日							