診療情報提供書（入所・通所用）

年　　月　　日

介護老人保健施設　岸和田徳洲苑　行

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

氏　　名		男・女
住　　所		
生 年 月 日	大正・昭和　　年　　月　　日生　（　　歳）	

紹介目的（紹介後の方針に関するご希望）
診断名 １．　　４． ２．　　５． ３．　　６．
現病歴及び経過
既往歴
投薬状況（処方等）

（検査所見）

＊１．胸部X-P所見（　　年　　月　　日実施）

２．心電図（12誘導）所見（　　年　　月　　日実施）

＊３．尿定性（　　年　　月　　日実施）
蛋白（　　）　糖（　　）　潜血（　　）

＊４．血液検査（　　年　　月　　日実施）
白血球数（　　）　赤血球数（　　）　Hb　（　　）　Ht　（　　）
血小板数（　　）　ＧＯＴ　（　　）　ＧＰＴ（　　）　ＬＤＨ（　　）
γ-ＧＴＰ（　　）　ＴＰ　（　　）　Ａｌｂ（　　）　ＢＵＮ（　　）
ＣＲＥ　（　　）　Ｎａ　（　　）　Ｋ　（　　）　Cl　（　　）
T-ＣＨＯ（　　）　ＧＬＵ　（　　）　ＣＲＰ（　　）

＊５．血圧

＊６．皮膚感染症　有　・　無
（　　）

７．感染症検査
ＨＢｓ抗原（＋　－）　ＨＣＶ抗体（＋　－）ＴＰＨＡ又はＴＰ抗体（＋　－）
ＭＲＳＡ（＋　－）

＊は必須項目のため、記載をお願いします。

（患者に関する注意事項）

認知症：有　・　無
認知症の程度：　重高度　・　高度　・　中度　・　軽度
認知症の症状：　抑うつ状態　・　幻覚　・攻撃　・　徘徊　・　夜間不穏　・　不潔行為
妄想　・　その他（　　）

（個別リハビリの判断基準）

運動時の負荷制限	無　・有　（　　）		
禁忌事項及び注意事項	無　・有　（　　）		
血圧	（　　～　　）/（　　～　　）mmHgの範囲外で実施不可		
体温	（　　℃）以上で実施不可	脈拍	（　　～　　回/分）の範囲外で不可

＊血圧・体温・脈拍は任意でご記入をお願いします。