

介護老人保健施設診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設

医療機関名

所在地

電話番号

施設長行

医師氏名

⑨

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
【これまでの経過】	【現在の内服薬・外用薬】 ＊記載もしくは説明書添付 1 2 3 4 5 6	経管栄養 (有・無) 鼻腔・胃瘻 次回交換日 / 褥創(有・無) 酸素療法 (有・無) /L 麻痺(有・無)
【既往歴】	インスリン注射(有・無)	

検査所見

検査日

年

月

日実施

身長	cm	体重	kg
血圧	/ mmHg	脈拍	回/分 (不整 有・無)
尿	糖 (一) (±) (+) (++) 蛋白 (一) (±) (+) (++)	潜血 (一) (±) (+) (++) 白血球 (一) (±) (+) (++)	
血液検査			
WBC	TP	BUN	CRP
RBC	Alb	Cr	T-CHO
Hb	GOT	Na	HDL
Ht	GPT	K	中性脂肪
血小板	γ-GTP	Cl	
血糖値 mg/dl (空腹時・随時) ＊(糖尿病の診断を受けている方のみ) HbA1c %			
薬物・食物アレルギー (有・無・不明) (有：具体的に)			
感染症		心電図所見異常 有□ 無□	胸部X線所見異常 有□ 無□
HBS 抗原抗体 (一・+)	梅毒定性 (一・+)	実施年月日： 年 月 日	撮影年月日： 年 月 日
HCV 抗体(一・+)	疥癬 (一・+) 視診・その他	[]	[]
		ペースメーカー使用 有□ 無□	CTR %

＊ 検査所見は検査結果の写しでも結構です。

介護老人保健施設 西東京ケアセンター

2021年9月1日改訂